



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale
- Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

MÉMOIRE DE DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Réalisé au sein de

l'Université Claude Bernard – Lyon 1

UFR de Médecine et Maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux

Site de Formation Maïeutique de Bourg-en-Bresse

L'ÉTABLISSEMENT DU LIEN PRÉCOCE ENTRE LES PARENTS ET LEUR ENFANT PRÉMATURÉ

Mémoire présenté et soutenu par

Flavie PROMPT

Née le 17 septembre 2000

Promotion 2021-2025

Mme L'HARIDON Lenaïg, Psychologue clinicienne,

Directrice de mémoire

Mme BONHOURE Paola, Sage-femme enseignante,

Guidante

« C'est surtout au début que les mères ont un rôle d'une importance vitale, et en fait c'est à la mère qu'il appartient de protéger l'enfant de complications qui ne peuvent pas encore être comprises par l'enfant, et de lui fournir sans cesse la parcelle simplifiée de monde que l'enfant vient à connaître par son truchement. » (1)

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont permis la réalisation de ce mémoire. Merci pour leur aide, leur soutien ainsi que leurs conseils tout au long de ces études et de ce mémoire.

Merci, à Mme L'HARIDON Lenaïg, Directrice de mon mémoire, pour avoir accepté de me diriger, pour votre temps passé à me guider, pour vos connaissances et votre soutien.

Merci, à Mme BONHOURE Paola, Sage-femme formatrice et guidante de ce mémoire, pour votre disponibilité, votre réactivité ainsi que vos conseils et tous ces moments de détente.

Merci à tous les Parents qui ont accepté de me partager leur histoire, sans qui ce mémoire n'aurait pas été possible.

Merci à mes copines pour ces moments partagés durant ces 4 années d'étude.

Merci à ma maman, mon papa et mon frère, qui ont toujours été là pour moi. D'avoir cru en moi et de m'avoir aidé à repousser mes limites pour que je puisse réaliser mon rêve.

Merci à Axel, d'avoir été présent pour me soutenir et de m'avoir redonné le sourire dans les moments difficiles.

Glossaire

AMP : Assistance Médicale à la Procréation

CH : Centre Hospitalier

HNO : Hôpital Nord-Ouest

NIDCAP : Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RCIU : Retard de Croissance In Utéro

SA : Semaine d'Aménorrhée

Table des matières

1	Introduction.....	1
2	Matériel et méthode	3
2.1	Méthode utilisée	3
2.2	Population	3
2.3	Lieu d'enquête.....	3
2.4	Préparation entretien.....	4
2.5	Déroulement des entretiens et recueils des données	4
3	Une approche multidimensionnelle de la prématurité.....	5
3.1	Les défis de la prématurité.....	5
3.1.1	Classification de la prématurité	5
3.1.2	Impact sur le développement néonatal.....	6
3.1.2.1	Développement organique	6
3.1.2.2	Développement sensoriel	7
3.1.2.3	Développement affectif et social	10
3.2	Un programme favorisant les développements néonataux.....	11
4	Le récit des parents	15
4.1	Un accouchement... ..	15
4.1.1	... soudain ?	15
4.1.2	... préparé ?	18
4.2	Comment s'établit le lien précoce.....	20
4.2.1	Capacité	21
4.2.2	Incapacité.....	23
4.3	Les apports du « peau à peau » dans ce lien précoce	27
5	Approfondissement et projection	33
5.1	Biais	33
5.2	Déroulement dans les services de réanimation néonatale.....	34

5.3	La place des soins de développement dans d'autres services	37
5.3.1	En salle d'accouchement	37
5.3.2	En suites de couches.....	40
6	Conclusion	43
7	Références bibliographiques	45
Annexes	49

1 Introduction

La prématurité met un terme brutal à une grossesse censée durer 9 mois, une période cruciale non seulement pour le développement de l'enfant, mais aussi pour la mère et le couple. La grossesse va permettre aux parents de se préparer consciemment et inconsciemment à l'arrivée de leur enfant. Ils vont idéaliser, imaginer leur enfant à naître, et commencer à se projeter sur leur nouvelle vie avec les changements et l'organisation que cela implique. Tout au long de la grossesse, des changements psychiques s'opèrent et notamment une crise identitaire leur permettant de passer du statut d'individu à celui de parents. En plus du processus de construction de l'identité parentale, ces neuf mois sont indispensables pour établir une relation avec leur bébé (2). Ce processus se construit pendant la grossesse afin de commencer à créer des liens précoces.

De nombreuses études, et notamment celle de D. BÜRGIN & K. VON KLITZING en 1995, permettent de mettre en évidence que l'indicateur des interactions futures passe par la relation des parents avec leur bébé pendant la grossesse. De fait, la relation que semble entretenir les parents avec leur enfant, ceci même avant la naissance, prédit la qualité de la relation à venir. L'interruption brutale de la grossesse causée par la prématurité va perturber ce processus et ainsi priver les parents et l'enfant de cette étape indispensable. Par conséquent, cela fragilise la construction des liens précoces et la construction de l'attachement, pourtant essentiel pour le développement affectif et social du bébé.

En 2020, nous estimions dans le monde 13,4 millions de naissances prématurées (3). Afin de réduire les effets néfastes des stimulations nociceptives causées par la prématurité, les soins de soutien au développement sensori-moteur ont été mis en place (4). C'est dans ce contexte qu'est fondé le Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) en 1997. Couplé à l'approche du psychologue A. BULLINGER cela a permis de mettre en avant de nouvelles approches dans le domaine des soins de développement. L'élément principal de ces soins de développement, préconisé pour améliorer le bien-être physique et mental du nouveau-né, est ce que nous appelons communément le « peau à peau ». C'est en Amérique du Sud, et plus précisément à Bogota, que la méthode « mère kangourou » a été développée afin de permettre aux bébés de faible poids de se réchauffer. La présence de leur mère va leur être bénéfique en tout point. Effectivement, ils vont non seulement se réchauffer mais également s'alimenter grâce à l'allaitement, ce qui renforce l'attachement (5).

Afin d'approfondir ce point, questionnons-nous sur la manière dont ces soins de développement influencent l'établissement du lien précoce entre les parents et leur enfant prématuré.

Pour cela, il faut comprendre dans un premier temps l'impact de la prématurité sur le nouveau-né et ses parents. Cette naissance prématurée va entraîner des complications nécessitant des soins intensifs, ce qui va engendrer une séparation physique et de l'anxiété. Ceci va freiner la création spontanée du lien parent-enfant. Afin d'essayer de pallier ces effets néfastes, le programme NIDCAP va permettre un accompagnement des parents en les intégrant dans les soins et ainsi favoriser l'établissement du lien. Pour cela, nous verrons les fondements du lien parent-enfant, notamment grâce au proto-regard. Ce premier contact visuel avec leur enfant va être l'initiateur du lien affectif malgré la séparation induite. De plus, les préoccupations maternelles et paternelles primaires vont venir renforcer le lien, notamment par la réponse des parents face aux besoins de leur enfant. Ces mécanismes permettent de renforcer et soutenir un lien solide mis à mal par ce contexte difficile.

À travers le discours de parents d'enfants prématurés, notre objectif est de comprendre ce que les soins de développement, couramment utilisés en service de néonatalogie, apportent aux parents. Les pratiques telles que le « peau à peau » ou la mise à contribution des parents dans les soins, les incitent à créer des moments de proximité essentiels pour l'établissement d'un lien affectif. Le fait de participer aux soins de leur enfant leur permet de surmonter l'anxiété liée à la prématurité et renforce le sentiment de compétence dans leur rôle de parents.

2 Matériel et méthode

2.1 Méthode utilisée

La finalité de ce mémoire est d'analyser la manière dont les parents d'enfants prématurés parviennent à établir un lien avec leur bébé, un processus souvent influencé par la médicalisation, les peurs et les angoisses parentales. Pour explorer leur vécu et leurs ressentis, nous avons opté pour une étude qualitative basée sur des entretiens semi-directifs. Ce type d'entretien permet de laisser une plus grande liberté d'expression aux parents, tout en les réorientant afin de ne pas nous éloigner du sujet de base.

2.2 Population

Les parents inclus dans cette étude sont ceux d'enfants nés prématurément entre 23 et 35 semaines d'aménorrhée. La durée d'hospitalisation de leur enfant devait s'étendre sur au moins 3 à 4 semaines permettant aux parents de commencer à créer un lien précoce avec leur bébé.

Seuls les enfants hospitalisés pour cause de prématurité ont été inclus dans l'étude. Les nouveau-nés hospitalisés pour d'autres motifs en ont été exclus. Cependant, les enfants prématurés ayant présenté des complications médicales durant leur hospitalisation n'ont pas été écartés, car la prématurité augmente considérablement le risque de développer des pathologies secondaires. Notre interrogation portera exclusivement sur l'impact de la prématurité, incluant les éventuelles complications qui en découlent.

2.3 Lieu d'enquête

Les entretiens ont été réalisés dans trois services de néonatalogie de niveau 2B : Hôpital Nord-Ouest (HNO) à Villefranche-sur-Saône, Centre Hospitalier (CH) de Bourg-en-Bresse et CH de Mâcon. Une fiche informative a été remise aux parents dans ces services pour leur expliquer le sujet de l'étude ainsi que les modalités des entretiens (Annexe 1). Cette démarche avait pour but de garantir une compréhension claire des objectifs de l'étude et d'encourager une participation volontaire et éclairée des parents concernés.

Le recrutement des parents a été effectué sur la base du volontariat. L'équipe médicale informait les parents concernés par notre population cible de l'existence de ces entretiens et, en cas d'accord, le service nous contactait.

Les entretiens ont été effectués au sein du service de néonatalogie pendant les visites des parents au cours de l'hospitalisation de leur enfant.

2.4 Préparation entretien

Les entretiens ont été préalablement préparés à l'aide d'une grille d'entretien (Annexe 2) conçue de manière chronologique. Cette grille nous a permis d'aborder, sous un angle uniquement psychologique, le déroulement de la grossesse tout en détaillant les différentes étapes de l'hospitalisation.

Afin d'aborder tous les points essentiels, nous avons également des questions de relance permettant de réorienter les parents dans leur discours.

2.5 Déroulement des entretiens et recueils des données

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone après avoir obtenu le consentement des parents et garanti l'anonymat des données. Pour garder la confidentialité et l'anonymat, nous avons conservé le numéro des entretiens. L'objectif était de recueillir le ressenti des parents, individuellement pour la mère et le père, ou en couple lorsque les deux étaient présents. Ainsi, certains entretiens ont été réalisés avec les deux parents, tandis que d'autres ont eu lieu uniquement avec la mère ou le père.

Les entretiens ont été retranscrits de manière fidèle afin de permettre une analyse approfondie et la plus proche de la réalité des parents. Au cours de celle-ci, les verbatims ont été organisés en catégories pour faciliter leur interprétation. Après analyse des données de chaque entretien, certains récits ont apporté plus d'exemple pour étayer notre travail avec des situations évocatrices de notre problématique. Nous avons dû cependant évincer l'entretien 7 qui n'était pas assez élaboré.

Les entretiens se sont poursuivis jusqu'à atteindre une saturation des données, définie comme l'absence de nouvelles informations pertinentes. Au total, 11 entretiens ont été menés entre fin août et début octobre, avec une durée variant entre 31 minutes et 1 heure 35, selon les participants.

3 Une approche multidimensionnelle de la prématurité

3.1 Les défis de la prématurité

3.1.1 Classification de la prématurité

La prématurité correspond à une naissance avant 37 semaines d'aménorrhée (SA). Cela représente un enjeu pour la santé publique. En France, la limite de viabilité reste délicate puisqu'elle va dépendre du point de vue de la législation ou de la médecine. Un enfant, né vivant, à partir de 22 SA ou pesant minimum 500 grammes peut être déclaré. Toutefois pour l'approche médicale, la réanimation est généralement envisagée entre 23 et 25 SA (6). La période de réanimation étant étendue, entre 23 et 37 SA, la prise en charge ainsi que le pronostic vital du bébé sera en corrélation avec le terme. Ainsi, la notion de prématurité est classifiée afin d'avoir une prise en charge la plus optimale en fonction du développement fœtal. Nous distinguons :

- L'extrême prématurité : moins de 27 SA + 6 jours
- La grande prématurité : entre 28 et 31 SA + 6 jours
- La prématurité moyenne : entre 32 et 36 SA + 6 jours

En France, le taux de prématurité a connu une augmentation significative ces dernières décennies. Actuellement, il concerne environ 8,3 % des naissances, soit près de 60 000 nouveau-nés chaque année. Parmi eux, environ 2,3 % naissent avant 32 SA, une proportion correspondant aux grandes et extrêmes prématurités. Ces catégories de prématurité induisent un pronostic vital souvent engagé pour le nouveau-né, ce qui rend la prise en charge médicale et psychologique complexe (6).

L'augmentation du nombre de grossesses multiples liées au recours croissant à l'assistance médicale à la procréation (AMP) joue un rôle majeur dans la hausse des taux de prématurité. En effet, les grossesses multiples sont associées à un risque accru de complications obstétricales, qui peuvent conduire à des accouchements prématurés spontanés ou induits (6).

De plus, les progrès de la médecine périnatale permettent de détecter plus précocement certaines pathologies maternelles ou fœtales. Ces complications, telles que les prééclampsies, les infections sévères ou les retards de croissance intra-utérins, peuvent conduire les équipes médicales à provoquer un accouchement prématuré pour protéger la santé maternelle et/ou fœtale (6).

Enfin, d'autres facteurs sociétaux et environnementaux, comme la hausse de l'âge maternel lors de la première grossesse ou l'augmentation du nombre de grossesses chez des femmes ayant des antécédents médicaux complexes, contribuent également à cette tendance.

Ces statistiques mettent en avant l'augmentation du nombre de prématuré et justifient la nécessité de mener des recherches afin d'optimiser la prise en charge de la prématurité dans toutes les dimensions qu'elle implique. Sur le plan médical et technique, il est nécessaire d'avoir recours à des dispositifs adaptés afin d'avoir une prise en charge optimale. Sur le plan psychologique, il est important de prendre en compte les difficultés psychiques afin d'apporter un accompagnement et un soutien aux parents qui les aident dans ces moments-là, en vue d'une prise en charge affective la plus adaptée pour les nouveau-nés.

3.1.2 Impact sur le développement néonatal

Une naissance prématurée va engendrer des répercussions sur tous les plans du développement de l'enfant.

3.1.2.1 *Développement organique*

L'interruption brutale de la grossesse va écourter la formation et le développement organique du nouveau-né. Il va de soi que le stade de la prématurité va jouer sur cette immaturité. Toutefois nous retrouvons sensiblement les mêmes organes impactés.

- **Immaturité neurologique**

Le système nerveux immature entraîne des perturbations fonctionnelles importantes, à la fois au niveau respiratoire et au niveau de la déglutition. De plus, le risque d'hémorragie cérébrale chez les très grands prématurés peut entraîner des conséquences graves sur le développement psychomoteur.

- **Immaturité de l'appareil digestif**

L'immaturité digestive se manifeste par plusieurs troubles qui sont susceptible de causer des infections intestinales graves pouvant être fatales.

- **Système immunitaire**

Le système immunitaire des nouveau-nés prématurés, particulièrement vulnérable, les expose à des infections précoces et sévères.

- **Immaturité rénale**

L'immaturité des reins peut perturber leur équilibre métabolique et entraîner un retard de croissance.

- **Immaturité pulmonaire**

Les poumons immatures nécessitent souvent une assistance respiratoire ce qui peut augmenter le risque d'infections respiratoires sévères.

- **Risques pour la vision**

L'administration prolongée d'oxygène peut causer des lésions oculaires. Il est donc important d'avoir une surveillance visuelle.

En somme, l'immaturité des différents systèmes du corps chez les nouveau-nés prématurés exige une prise en charge spécifique et rigoureuse pour minimiser les complications immédiates et à long terme. (7)

3.1.2.2 Développement sensoriel

La vie extra-utérine expose le nouveau-né à des stimuli intenses et inadaptés à son immaturité sensorielle. Les premières découvertes sensorielles du nouveau-né sont fortement influencées par son environnement.

- **Lumières vives**

Dans les unités de soins intensifs néonataux, les éclairages artificiels, souvent nécessaires pour les soins médicaux, contrastent avec l'obscurité constante de l'utérus. Les prématurés, dont les yeux ne sont pas complètement développés, sont particulièrement sensibles à la lumière et plus particulièrement lorsqu'elle est intense (8). Cela peut entraîner une stimulation excessive de leur système visuel, augmentant le risque de rétinopathie et perturbant leur capacité à différencier et

traiter les stimuli visuels à long terme. Pour limiter cet impact, l'environnement lumineux doit être soigneusement ajusté afin de respecter les besoins sensoriels encore immatures du nouveau-né.

Il est recommandé de maintenir une luminosité ambiante ajustable entre 10 et 600 lux pour offrir un éclairage doux et apaisant, adapté au stade de développement. Pour réduire l'exposition à la lumière directe, des protections comme des caches-couveuse peuvent être utilisées. Durant la journée, il est préférable de privilégier la lumière naturelle modulée par des rideaux pour créer un éclairage plus naturel, tout en évitant des variations brusques qui pourraient perturber le bébé.

Lors des périodes de soins, la luminosité peut être augmentée temporairement jusqu'à 2 000 lux, mais des précautions doivent être prises pour protéger les yeux du nouveau-né. (9) Cela consiste à utiliser une compresse placée délicatement sur leurs yeux ou orienter la lumière afin d'éviter toute exposition directe du visage. Ces ajustements visent à équilibrer les besoins médicaux avec le confort sensoriel du bébé, contribuant ainsi à un environnement moins stressant et plus favorable à son développement.

En intégrant ces pratiques, l'unité néonatale offre un cadre lumineux adapté, essentiel pour préserver le bien-être du nouveau-né et réduire les effets négatifs d'un environnement hospitalier souvent trop stimulant et source de stress.

- **Bruits intenses**

Les bruits continus des machines, alarmes médicales, conversations et autres sons présents en néonatalogie dépassent souvent les seuils tolérables pour un nouveau-né prématuré. Le niveau sonore recommandé à 45 dB est difficilement respecté du fait des moyens médicaux (8). À titre d'exemple, des niveaux sonores constants peuvent provoquer des réactions de stress chez le prématuré, comme des variations du rythme cardiaque et respiratoire. À plus long terme, cette exposition précoce à des bruits intenses pourrait altérer le développement auditif et affecter l'intégration des informations sonores.

Bien que ces normes soient difficiles à maintenir dans une unité néonatale, des efforts significatifs sont faits par les équipes soignantes pour atténuer ces nuisances. Par exemple, les alarmes des machines sont souvent ajustées pour être moins bruyantes, et les professionnels s'efforcent de limiter les bruits générés lors des soins.

Les interactions humaines, bien qu'importantes pour le soutien affectif du bébé et des parents, contribuent également à l'augmentation du niveau sonore. Pour cette raison, il est recommandé de privilégier un ton bas ou de chuchoter à proximité des nouveau-nés, afin de réduire au maximum les effets des bruits pour leur bien-être.

Ces précautions permettent non seulement de protéger le développement auditif du nouveau-né, mais aussi de créer un environnement plus apaisant, favorisant ainsi un meilleur confort et une régulation physiologique optimale. Cela s'inscrit dans une démarche globale visant à limiter les sources de stress environnemental et à soutenir le développement sensoriel des prématurés.

- **Manipulations fréquentes**

Les soins et le suivi médical impliquent de multiples interventions quotidiennes : prises de sang, ajustements des dispositifs médicaux, ou encore repositionnements fréquents. Ces manipulations, bien que souvent nécessaires pour la survie, peuvent perturber le confort et la régulation sensorielle du prématuré. Contrairement aux mouvements doux et continus in-utéro, ces stimulations sont brusques et imprévisibles, engendrant un stress accru et une hyperréactivité au toucher.

Pour limiter ces perturbations, les soins de développement mettent en place des stratégies adaptées aux besoins sensoriels des prématurés : la réduction du bruit et de la lumière, la pratique du peau-à-peau et des manipulations plus douces. Ces approches respectent les capacités sensorielles immatures du prématuré, favorisant ainsi un développement optimal.

Les nouveau-nés prématurés sont fréquemment manipulés pour des soins médicaux, le peau-à-peau avec leurs parents ou des gestes d'apaisement. Bien que nécessaire, ces interactions répétées peuvent entraîner une surstimulation cutanée, rendant les bébés plus sensibles. Pour limiter cet impact, le programme NIDCAP privilégie l'enveloppement à l'aide de langes, offrant un sentiment de sécurité et réduisant le stress lié aux interventions (9). Cette technique recrée un environnement rassurant, rappelant les limites protectrices de l'utérus.

Enfin, pour le contact affectif, le « toucher thérapeutique » est recommandé plutôt que les caresses, perçues comme déstabilisantes en raison de la sensibilité cutanée du prématuré. Une pression ferme et constante favorise un contact apaisant et rassurant (10).

Ces enjeux soulignent l'importance d'une prise en charge spécifique. Intégrés dans les unités de néonatalogie, les soins de développement visent à minimiser ces impacts en respectant les rythmes et capacités d'adaptation de chaque enfant, tout en soutenant les parents.

En adoptant ces pratiques, les soignants et les parents participent à la création d'une interaction physique adaptée aux besoins du nouveau-né, réduisant ainsi les risques de surstimulation tout en renforçant le lien affectif. Ces gestes, simples mais ciblés, permettent de soutenir le bien-être des prématurés et de favoriser un développement harmonieux dans un contexte souvent marqué par des interventions médicales répétées.

3.1.2.3 Développement affectif et social

Le développement affectif et social est en étroite relation avec l'établissement du lien précoce. Selon D.N STERN, ce lien précoce est fondamental pour l'attachement, et désigne la relation émotionnelle entre le nouveau-né et ses parents dans les premiers jours de vie. Le « *couple nourrice-nourrisson* » (1) est une relation bidirectionnelle basée sur des comportements sensoriels, où chacun est bénéfique à l'autre. Le lien précoce permet de mettre en place les premières interactions afin d'apporter la sécurité et favoriser l'émergence de l'attachement.

Contrairement à S. FREUD qui soutenait que l'attachement du nouveau-né envers sa mère était uniquement dû aux soins alimentaires, le psychiatre et psychanalyste britannique J. BOWLBY fonde la théorie de l'attachement sur les besoins sociaux et relationnels (11). Selon ce psychiatre, l'attachement est fondamental pour le bien être psychologique et constitue un besoin primaire, ce qui rend essentiel de le constituer le plus précocement possible afin qu'il puisse se construire solidement et dans la durée. L'attachement est un processus au long court qui débute dès les premiers instants de la vie et va se poursuivre dans les 3 premières années de l'enfant (12). Les interactions entre la mère et le bébé vont permettre à la fois sa construction et sa poursuite. Le lien précoce étant considéré comme le fondement de cet attachement, il va de soi que ce lien est essentiel dans les premiers jours de vie.

Cependant, la prématurité et par extension l'hospitalisation prolongée qui en découle, va devenir un obstacle à l'instauration de ce lien précoce. Cette situation va venir perturber les interactions parents-nouveau-né notamment en limitant le contact physique causé par la présence des dispositifs médicaux. Dans ce contexte de prématurité, nous noterons un stress chez le nourrisson et chez les parents pouvant causer un traumatisme précoce. Ce stress parental est accompagné d'« un sentiment de culpabilité » intense du côté maternel, comme le fait remarquer la mère dans l'entretien

10. Ces ressentis pourraient entraîner un sentiment d'impuissance face à la santé de leur enfant, qui risque d'altérer leur capacité à répondre aux besoins du nourrisson. Notons aussi que le fœtus perçoit au cours de la grossesse le stress maternel et cet état se poursuit même après la naissance.

Les équipes médicales, conscientes de l'importance de ce lien précoce sont amenées à mettre en place des méthodes visant à réduire l'impact de la séparation et ainsi favoriser un développement affectif et social équilibré pour l'enfant.

3.2 Un programme favorisant les développements néonataux

Les soins de développement occupent une place essentielle dans la prise en charge des nouveau-nés hospitalisés, en particulier ceux nés prématurément ou présentant une nécessité médicale.

Parmi les approches existantes, le Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) est le programme le plus largement étudié et validé scientifiquement. Créé en 1986 par le docteur H. ALS, psychologue à l'Université de Harvard, le NIDCAP repose sur une vision novatrice du nouveau-né prématuré, considéré comme un véritable "ACTEUR" de son développement. Ce programme reconnaît que chaque enfant évolue à son propre rythme et adapte son environnement (positionnement, luminosité, stimulations sonores, etc.) ainsi que son plan de soins en fonction de son stade de développement. Cette individualisation vise à réduire les stimulations nocives et à protéger le développement cérébral du nouveau-né, souvent fragilisé par une naissance avant terme (13).

Pour cela, une observation comportementale est réalisée lors des soins, permettant de distinguer les comportements d'approche (indiquant que la stimulation est adaptée aux compétences du bébé), des comportements de retrait (signalant une stimulation trop précoce, intense ou inadaptée). Cette observation s'appuie sur quatre domaines spécifiques : les fonctions végétatives, les réponses motrices, les cycles veille/sommeil et les interactions sociales. Un cinquième domaine, l'auto-régulation, évalue la capacité du nouveau-né à gérer une situation difficile en mobilisant ses propres ressources. En tenant compte du rythme et des réactions du bébé, les soignants et les parents peuvent élaborer et ajuster un plan de soins individualisé, parfaitement adapté aux besoins et à l'évolution de l'enfant (9).

Une des spécificités majeures du NIDCAP se trouve dans la place accordée aux parents. Ils sont encouragés à retrouver pleinement leur rôle parental, à rester auprès de leur enfant autant que possible et à participer activement à ses soins. En agissant comme les principaux "CO-REGULATEURS" de son développement, ils jouent un rôle essentiel dans son accompagnement de soins médicaux et de soins affectifs. Par le passé, les parents étaient mis à l'écart des services de néonatalogie pour qu'ils ne gênent pas la prise en charge médicale. Aujourd'hui, des études ont montré l'importance de la présence des parents auprès de leur enfant pour apporter l'affection nécessaire pour « un développement suffisamment bon » (14). Cette approche permet non seulement de limiter le stress de l'environnement médicalisé, mais également de soutenir le nouveau-né dans son parcours en unité néonatale, tout en renforçant la confiance des parents dans leur capacité à prendre soin de leur bébé (15).

Grâce à ce programme individualisé et centré sur la famille, le NIDCAP offre un cadre qui favorise le bien-être et le développement des nouveau-nés prématurés, tout en apportant un soutien essentiel aux parents dans une période souvent éprouvante.

Le nouveau-né prématuré est perçu comme un véritable « ACTEUR » de son développement extra-utérin, ce qui nécessite une posture du soignant au plus près des besoins du nouveau-né pour limiter les sources de stress qui pourraient entraver ce processus. Les soignants vont jouer un rôle de médiateur entre le nouveau-né et ses parents afin que chacun trouve sa place et puisse établir une relation la plus appropriée possible.

Bien que l'hospitalisation et la médicalisation soient inévitables, il est possible de réduire considérablement le stress environnemental afin de préserver et de soutenir son développement sensoriel et neurologique. Cette hospitalisation généralement longue altère la perception du temps et ne permet pas aux parents de se projeter sur une date de sortie. Durant cette hospitalisation, les parents ne vivent « même plus au jour le jour, mais à l'heure près » et vivent « constamment avec une épée de Damoclès au-dessus de la tête » comme nous l'évoque la maman de l'entretien 10. Les allers-retours constants des parents vont engendrer des séparations répétées pour l'enfant et peuvent causer un déficit affectif.

Cette absence va avoir un impact considérable sur le bien-être de l'enfant, même si la prise en charge médicale est adaptée. L'équipe médicale va être présente pour subvenir à ses besoins vitaux comme l'alimentation, l'hygiène mais ne pourra pas pleinement combler ses besoins affectifs. R. SPITZ introduit le concept d'« hospitalisme ». Cette notion soulève uniquement la nécessité des besoins

vitaux, mais selon R. SPITZ, il y a également l'attachement et l'affection qui sont vitaux pour l'enfant. Il préconise une approche affective prédominante (16). Il a pu démontrer que les liens affectifs précoces sont essentiels pour une prise en charge de qualité, en tenant compte des besoins émotionnels et psychologiques.

Dans cette optique, les soins de développement, désormais largement intégrés dans les unités de néonatalogie, jouent un rôle essentiel. Ils visent à créer un environnement adapté aux rythmes et aux capacités d'adaptation de chaque prématuré, tout en minimisant les effets négatifs d'un milieu hospitalier souvent trop stimulant¹. En parallèle, ces soins impliquent activement les parents, les aidant à retrouver leur rôle de « CO-REGULATEURS » malgré un contexte médicalisé. Ainsi, ces pratiques permettent non seulement de favoriser un développement plus ajusté pour l'enfant, mais aussi de poursuivre la relation parent-enfant. Nous pouvons trouver différentes postures de parents dans l'établissement du lien avec leur enfant. Des parents autonomes pour la création et la pérennité du lien, ou bien des parents capables d'établir ce lien naturellement mais qui auront besoin de soutien, notamment des soins de développement, pour le faire perdurer. Dans l'éventualité où les parents présentent une difficulté à établir ce lien fondamental, les soins de développement vont permettre de les accompagner tout en leur laissant la possibilité de le construire ordinairement. Dans ces différents cas, il faut privilégier au maximum la création naturelle et ne pas aller à l'encontre de la volonté des parents.

Le programme NIDCAP s'inscrit pleinement dans cette démarche, en proposant des ajustements spécifiques pour limiter les stimulations excessives et offrir un cadre apaisant au nouveau-né. Dans le cadre d'une expérience hospitalière, ce programme permet une prise en charge individualisée, centrée sur le respect des besoins du bébé et l'implication des parents afin de pallier les effets néfastes de la prématurité. Ainsi des moyens adaptés sont mis en place pour un véritable soutien au développement et au lien familial.

Pour approfondir notre recherche, nous allons nous pencher sur les entretiens, afin d'explorer plus en détail les expériences vécues par les parents dans l'établissement du lien avec leur enfant.

¹ Vocabulaire médical, ici désigne une stimulation néonatale inappropriée pour le développement de l'enfant.

4 Le récit des parents

4.1 Un accouchement...

Nous allons analyser ici, l'influence du contexte de l'accouchement sur la première rencontre. Nous distinguerons, d'une part les accouchements soudains avec moins de 24 heures entre l'annonce de la prématurité et l'accouchement et d'autre part les accouchements préparés à la suite d'une hospitalisation.

4.1.1 ... soudain ?

La première rencontre avec son nouveau-né est fondamentale pour l'établissement des liens précoces mais n'est pas pour autant la plus évidente. La naissance prématurée va venir mettre un terme au développement fœtal mais également engendrer une rupture dans le réaménagement psychique de la mère au cours de la grossesse. Le père, le couple se retrouvent dans une maturation psychique incomplète ce qui peut altérer l'acceptation et l'investissement de l'enfant pendant la grossesse. Cette naissance va venir bouleverser et entraver le processus de séparation ordinaire de la mère et de son bébé. Dans l'entretien 10, après son accouchement la maman avait « l'impression de sentir encore les coups dans [son] ventre [...] cette transition était compliquée, parce que [elle] avai[t] l'impression d'être encore enceinte ». Ressentir des sensations corporelles après son accouchement montre un clivage face à cette naissance sans doute traumatisante (17).

Le couple de l'entretien 1 se retrouve sidéré face à cette annonce d'accouchement prématuré « je ne sais même pas si on a eu le temps de comprendre ce qui se passait ». Ils se retrouvent dans l'incapacité de comprendre et de réagir consciemment à l'annonce de la prématurité. Le déroulé de cette grossesse ne montrait « aucun signe avant-gardiste » jusqu'à 33 SA + 6 où la patiente a rompu la poche des eaux. En l'espace de 24 heures, elle a accouché. La première rencontre a pu cependant se dérouler dans un contexte de naissance à terme avec son bébé posé quelques minutes sur le ventre de sa maman. Cette maman n'est pas parvenue à profiter de ce moment, préoccupée par l'état de santé de son bébé « je préférerais qu'elle le prenne rapidement pour vérifier que tout aille bien. ». Les paroles de cette maman est un bon exemple de ce que vit la mère ordinaire à ce moment-là qu'on appelle la « théorie du bonding ». Cette notion vient de deux pédiatres M. KLAUS et J. KENNEL, et désigne la sensation d'investissement maternel et la volonté de protéger son enfant. Le « bonding » se développe

pendant la grossesse² et augmente avec l'ocytocine sécrétée à la naissance ainsi qu'avec la proximité physique comme l'allaitement ou « le peau à peau » (18). Dans notre cas, cette maman, inquiète pour la santé et la sécurité de son bébé, préfère mettre en retrait son besoin de contact et de rencontre, afin que l'équipe médicale s'assure que tout aille bien pour lui. Dans cette fonction du « bonding », la maman a pu faire sa première vraie rencontre avec son fils le lendemain en service de réanimation néonatale. Lorsqu'elle l'a vu elle a « ressenti l'émotion [en me disant] : c'est mon bébé, ça y est, il est là » et a pu commencer à créer un lien précoce avec son nouveau-né. Cette mère reconnaît qu'à la naissance, elle n'était pas elle-même et le justifie en « étant un peu revenu sur terre ». Cette première rencontre a pu se faire lorsqu'elle « étai[t] pleinement disponible pour le voir et le découvrir ». Pour cette maman, la période du bonding a été brève et a laissé rapidement la place à la volonté de découvrir et interagir avec son bébé pour rentrer dans la construction du lien précoce. Malgré un début distant dû à l'acceptation de la prématurité, cette maman a pu trouver les ressources pour lui permettre de se projeter dans une relation précoce avec son fils, accompagnée par les paroles des soignants.

Cette première rencontre est également vécue par le père. Dans l'entretien 6, les premières contractions sont apparues vers 10 heures et « tout s'est passé si vite » que la patiente a accouché vers 15 heures. Pour le père, cette première rencontre à 33 SA + 5 jours a été très forte et lui a permis de « prendre conscience [qu'il était] papa ». Pour les pères, la grossesse peut être abstraite et de ce fait, il se peut qu'ils n'arrivent pas à réaliser pleinement qu'ils vont être parent. Surtout lorsqu'il s'agit d'un premier enfant, c'est l'inconnu avec peu de repères ce qui peut « susciter beaucoup de craintes ». La première rencontre avec son fils a été un moment suspendu dans le temps « mon cœur s'est arrêté » mais aussi un moment crucial pour la prise de conscience : à l'accouchement « c'est devenu concret, on le voit, on l'entend et on réalise qu'il est vraiment là ». Ce papa décrit la rencontre au moment de l'accouchement comme évidente, mais selon lui la première vraie rencontre a été au moment du premier bain. Il nous raconte ce moment avec « une vague d'émotion » lorsqu'il nous décrit le regard de son fils plongé dans le sien. Ce sentiment lui a permis de se rendre compte « qu'il avait besoin de moi, tout comme j'avais besoin de lui ». La première rencontre avec le père est importante pour l'avenir. Le père va être un pilier sur lequel la mère va pouvoir s'appuyer dans la relation mère-bébé. Comme le montre B. GOLSE, le père va être un acteur principal dans la dyade mère-enfant, et dans la triade père-mère-bébé par sa fonction de contenance et de protection (19), on parle de fonction paternelle de pont. Cette fonction paternelle est importante pour canaliser les angoisses et les émotions du nourrisson. Elle instaure un cadre sécurisant nécessaire pour le développement et l'épanouissement du bébé. Cette première rencontre entre le père et son enfant marque le début d'une relation

² « Le bonding commencerait dès la grossesse et continuerait de se développer à la naissance ». ATWELI et ROBERTS

fondatrice de l'équilibre familial et de la construction psychique de l'enfant. On peut se questionner si les bienfaits des soins de développement et les apports du bain enveloppé induisent des modifications dans l'interaction parentale avec leur bébé. Pour ce père, le bain enveloppé proposé par l'équipe soignante lui a permis de prendre conscience de son rôle de père et a entraîné la première rencontre initiatrice du lien précoce.

Cependant, un accouchement soudain d'un enfant prématuré peut avoir été préparé. Dans l'entretien 10, cette deuxième grossesse, 10 ans après la première a été vécu d'une manière préoccupante pour la mère. En effet, le début de grossesse a été marqué par le risque de perdre le bébé à plusieurs reprises et a instauré un sentiment d'incertitude « je n'étais pas sereine à 100%. Je sentais que cette grossesse ne serait pas comme la première et qu'il fallait absolument que j'atteigne les 24 semaines ». Elle a fissuré la poche des eaux et pensait être hospitalisée pour prolonger la grossesse au maximum mais en 30 minutes « tout a basculé ». Cette patiente a finalement accouché à 23 SA + 6. La maman s'était préparée inconsciemment à un accouchement prématuré, mais pas à la première vision de son fils qui a été brutale, « j'ai pu que lui toucher la main. Je ne l'ai pas vu en fait ». Pour cette patiente, la première rencontre a été en service de réanimation néonatale deux jours après l'accouchement. Elle qualifie ce moment d'« horrible », l'environnement lui a rajouté de l'anxiété sans parler du « mouvement de recul » et de la « crise d'angoisse » qu'elle a eu quand elle a soulevé le drap de la couveuse pour le voir. Mais elle a eu la force de se reprendre pour ne pas qu'« il [l']entende pleurer ou ressent[e] tristesse, ça pourrait le décourager, le dissuader de se battre ». Les craintes de son influence négative sur son fils nous évoquent à nouveau la « théorie de bonding ». Elle montre que cette maman fait passer le bien-être de son enfant, en contrôlant les émotions qu'elle ressent afin que son anxiété ne soit pas délétère pour son fils. Grâce aux changements qu'entraîne la grossesse, la mère a pu commencer à tisser un lien avec son fils en s'appuyant sur ses propres ressources, comme la précédente maman. De plus, la présence de l'équipe médicale auprès de son bébé en son absence a probablement renforcé cette proximité, grâce à une prise en charge bienveillante, lui assurant une sécurité pour son fils même en son absence.

Lors d'un accouchement soudain, une cassure précoce et brutale se fait pour chaque individu mettant en péril cette première rencontre. Dans le cas où les parents n'ont pas eu le temps de se préparer à cette arrivée imminente, la première rencontre est impactée par une expérience traumatisante et une préoccupation immédiate pour l'aspect vital du nouveau-né, plutôt que par un instant de partage et de découverte. Toutefois, cette rencontre est vectrice d'une prise de conscience du devenir parents. Malgré la soudaineté de l'accouchement et la rupture psychique chez la mère et

dans la construction parentale, les parents ont réussi à devenir père et mère en s'appuyant sur des bases essentielles, à savoir l'interaction et l'acceptation de la prématurité, bien que certaines carences existent. Ces carences sont dues aux réaménagements psychiques incomplets causés par l'interruption brutale de la grossesse.

Après avoir analysé les accouchements soudains, nous allons par la suite étudier les accouchements préparés

4.1.2 ... préparé ?

Un accouchement préparé sous-entend une hospitalisation ou la réalisation d'examen complémentaires permettant de préparer les parents à un éventuel accouchement prématuré. L'équipe médicale peut discuter avec eux de la prématurité, administrer des corticoïdes afin de prévenir les complications pulmonaires chez l'enfant. La naissance prématurée va être la cause d'un chemin psychique interrompu au cours de la grossesse chez la mère. Au cours de cette partie, nous pourrions voir les mécanismes de défenses que le père et la mère ont développés comme la sidération, un sentiment d'irréalité, de déni, des réactions de deuil mais aussi une forte anxiété pendant l'hospitalisation de leur enfant.

La cause de l'accouchement prématuré peut être la même que le motif d'hospitalisation. Dans l'entretien 2, lors de son hospitalisation pour une suspicion de début de travail à 31 SA, la maman avait « du mal à réaliser [...] [elle] étai[t] un peu dans le déni ». Le déni « *peut constituer la dernière ressource pour faire face à une réalité insupportable* » (17). Il était impensable pour elle d'accoucher prématurément en sachant qu'elle « trouvait qu'elle faisait tout super bien ». Lorsque la réalité l'a rattrapée, elle n'a pas eu de difficulté à accepter « ah oui il arrive ». La maman s'était « fait un peu un tableau obscur » pour la première rencontre avec son fils, mais finalement elle garde « un merveilleux souvenir » puisqu'elle « a pu l'avoir sur [elle] ». Le papa a également pu assister à l'accouchement et « [ils] étai[en]t tous les 3 trop heureux de se rencontrer ». Malgré le contexte de prématurité, les parents ont pu vivre cette rencontre de manière normale « c'est vraiment la première rencontre qu'on décrit beaucoup ». La qualification de cette première rencontre comme étant « normale » par les parents, peut montrer que la phase de déni ressentie au début par la maman, est encore présente au moment de l'accouchement. Des expériences familiales de prématurité justifiaient le fait que les parents n'avaient « pas tant peur du côté prématuré ». De ce fait, la maman s'était préparée à ne pas pouvoir le voir ou le toucher mais l'équipe médicale a pu poser son fils sur elle, et elle « a pu en profiter tout de suite ». La bienveillance des soignants a permis au couple de profiter de ce moment de

rencontre avec leur fils avant de partir faire les premiers soins. Ce moment est fondateur pour la construction du lien précoce.

Cette banalisation de l'accouchement se retrouve dans l'entretien 4 où la maman a accouché à 29 SA, « l'espace d'un instant, j'ai revu mon premier accouchement et je me suis dit : mais c'est un accouchement normal hormis l'âge gestationnel ». Cette patiente a connu dans sa famille de nombreuses pertes à cause de la prématurité ce qui a engendré beaucoup de stress et de peur de le perdre. Cette manière de penser à un accouchement normal semble permettre à la patiente de se rassurer face à la prématurité de son bébé. Nous pourrions dire que la construction du lien précoce de cette maman avec son second fils, se fait par le biais de son premier accouchement. Voir que son accouchement prématuré ressemble étrangement à son premier, lui permet de se rassurer en voyant des repères connus et similaires. La mère ne s'appuie pas sur l'équipe médicale mais sur ses propres ressources de son histoire de vie.

En revanche, il se peut que l'accouchement prématuré soit induit par un autre motif que celui de l'hospitalisation. Dans l'entretien 5, nous avons une maman qui a été hospitalisée pendant 2 jours pour des anomalies au niveau des doppler ombilicaux. Le soir de sa sortie, elle a perdue énormément de sang et les pompiers l'ont emmenée à la maternité où elle a été césarisée en urgence. Lorsqu'elle est arrivée à l'hôpital, elle « n'avait pas conscience de ce qui était en train de se passer », « je ne pensais pas du tout que j'allais accoucher, jusqu'à l'entrée dans le bloc opératoire ». Une fois la prise de conscience de cet accouchement imminent, la préoccupation principale de la patiente a été « de savoir comment [elle] gèrera la prématurité ». La préoccupation maternelle primaire est une notion mise en place par D.W. WINNICOTT. Cette préoccupation va s'installer graduellement pendant la grossesse et dans les premières semaines qui suivent l'accouchement. Comme l'explique D.W. WINNICOTT, cet état induit une modification de la personnalité permettant à la mère de répondre et comprendre les besoins physiques de son nouveau-né. En même temps, la mère va l'accompagner sur le plan psychique et plus tard lui permettre de s'individualiser et de se différencier de sa mère. Jusque-là, la mère et son nouveau-né ne faisaient qu'un, ils étaient dans « un équilibre homéostatique » (20).

Cet état organisé (qui serait une maladie, n'était pas la grossesse) pourrait être comparé à un état de repli, ou à un état de dissociation, ou de fugue, ou même encore à un trouble plus profond, tel qu'un épisode schizoïde au cours duquel un des aspects de la personnalité prend temporairement le dessus. (1)

Du fait de l'anesthésie générale, la maman a des souvenirs très flous de la rencontre avec son fils. Sa première rencontre a pu se faire par le biais d'une photo que l'infirmière lui a montrée au moment de son réveil. Elle a pu réaliser la présence de son fils uniquement le lendemain matin quand elle est venue auprès de lui. La présence des soignants, qui permet d'instaurer la rencontre le plus rapidement possible quelle que soit la manière, est essentielle pour la construction du lien précoce. À travers son

discours, il apparaît que la patiente a été hospitalisée pour une raison différente de celle ayant conduit à son accouchement et qu'elle n'était pas préparée à un accouchement soudain. L'hospitalisation ne garantit pas nécessairement une préparation à un accouchement prématuré.

Malgré la réalisation d'examens complémentaires et l'évocation d'un éventuel accouchement prématuré, la rencontre peut tout de même être traumatisante. Dans l'entretien 9, les parents se sont préparés et ont vécu la première rencontre complètement différemment. La mère a dû réaliser des examens complémentaires devant un fœtus RCIU, témoignant d'une anomalie vasculaire au niveau du placenta et du cordon ombilical. En l'espace de cinq jours, la maman a été avertie qu'un accouchement plus ou moins précoce pourrait avoir lieu si la pathologie s'aggravait. Celle-ci, n'a « pas une belle image » de la première rencontre avec son fils pensant « qu'il était mort ». La première vision est importante pour faciliter la proximité des parents avec leur bébé. Cette proximité va initier une relation de confiance permettant une prise de conscience de leur rôle parental. Etant le précurseur d'une connexion émotionnelle et d'un sentiment sécurisant pour la triade. Bien que le père n'ait eu que 48 heures pour se préparer à la prématurité, il a pu regarder un documentaire pour pouvoir « se blinder » sur l'aspect physique de son fils. Il a assimilé la naissance quand il est allé le voir en réanimation « c'est là que j'ai eu le premier vrai regard sur lui ». Tout au long de la grossesse, les parents investissent leur enfant en se l'imaginant et ainsi se préparent à l'aspect physique qu'il pourrait avoir. Au moment de la naissance, ils passent du bébé imaginaire au bébé réel, à l'origine d'un deuil avec une réalité qui vient modifier le bébé espéré. Ce papa trouve que le visage de son fils ressemble à celui d'« un alien ».

A travers les différents entretiens faits avec les parents, les soignants essaient de mettre en place la première rencontre le plus rapidement possible afin de permettre aux parents d'établir le lien avec leur nouveau-né. Cette rencontre va être plus ou moins bien vécue en fonction du passé ou des émotions ressenties des parents. On constate que peu importe le motif de l'accouchement ou le contexte, les mamans sont toujours engagées dans le « bonding » et la préoccupation maternelle primaire. Cet engagement est important pour la construction du lien et la création de l'attachement.

4.2 Comment s'établit le lien précoce

Le nouveau-né va être séparé de ses parents pour avoir les soins médicaux qui lui sont nécessaires. Cette séparation ne rentre pas dans une dynamique physiologique pour l'établissement

du lien parent-enfant. Pour réduire au maximum les effets négatifs de cette séparation, il est essentiel de mettre en place certains moyens.

4.2.1 Capacité

La construction du lien affectif est un processus qui se met en place au long court et qui va nécessiter des moments de partage et d'interaction afin qu'il puisse se développer et assurer par la suite un attachement sûr pour l'enfant.

Cette capacité à établir un lien précoce avec son enfant, peut se faire naturellement malgré le contexte de prématurité. Dans l'entretien 3, nous retrouvons des parents qui ont pu accepter et avancer dans le processus de la prématurité grâce à leur croyance religieuse : « [ils] pensent que c'est Dieu qui a permis cela, quoi qu'il arrive ». Pour ces parents, l'annonce de la prématurité ainsi que les étapes de l'hospitalisation ont été relativisées grâce à leurs convictions religieuses « il y a des choses que nous ne pouvons pas maîtriser ». De plus, la patiente se sentait « prête pour l'accueillir et [elle] sentai[t] que lui aussi était prêt », elle « leur a demandé de [lui] enlever son cerclage ». Ce n'est pas pour autant qu'ils n'avaient pas la « crainte de perdre le bébé » et de la « déception parce [qu'elle n'est] pas arrivée à tenir aussi longtemps qu'[elle] aurait voulu ». Il y a aussi « beaucoup de culpabilité du fait qu'[elle] a accouché prématurément et qu'il était obligé de subir tout ce qu'[elle] avai[t] vécu ». Cette maman voulait tout endurer à la place de son bébé pour qu'il n'ait rien à traverser et qualifie ceci de « syndrome de la « justicière » ». A travers leur discours, les parents vivent des émotions contrastées entre leur force à l'annonce de la prématurité, et la crainte et la culpabilité qui en découle. Leur croyance est venue les soutenir dans cette étape et leur a permis une meilleure acceptation de la prématurité. Cela leur a permis de relativiser face à cette situation et de construire naturellement le lien avec leur fils.

Les interactions avec leur enfant sont importantes pour développer et construire à terme un attachement. Dans l'entretien 5, les parents appréhendaient de devoir s'occuper d'un bébé « comment [elle] allait réussir à devenir maman » et d'autant plus « le fait qu'il soit prématuré, ça [l]'impressionnai[t] ». Mais « lorsqu'[elle] a fait son test de grossesse, [elle] a ressenti un soulagement [...] le lien avec [son] bébé s'est déjà créé inconsciemment ». Après la naissance, la maman a montré pendant 2 jours un peu de distance avec son fils par « peur de le toucher, de lui faire mal » jusqu'à ce qu'elle se dise qu'elle « allait aller outre cette appréhension ». Afin de surmonter cette peur et reprendre confiance en elle, cette maman a pu compter sur son mari « quand il [lui] a donné confiance [elle] sait qu'[elle] n'aurait aucun souci ». La présence de son mari est essentielle dans cette

dyade mère-bébé. Nous nous rendons compte que ce père est « un réel pilier pour la maman » et lui apporte un soutien lui permettant de pallier ses craintes et lui permet une bonne construction des liens précoces. Depuis ce moment-là, les parents ont pris du plaisir à partager ces moments avec leur enfant et ont considéré les soins comme un moyen d'interagir avec lui « on peut jouer à trois ». Selon les parents « rigoler même dans les pires moments, c'est ça qui fait [leur] lien fort ». Depuis que ces parents ont conscience que les parents parfaits n'existaient pas mais qu'il fallait être des parents « *suffisamment bons* » comme l'entend D.W. WINNICOTT, leur angoisse a disparu : « [ils apprenn[ent] à leur] rythme, ensemble et c'est vraiment ce qui est important ». Par le biais des interactions, des moments de partage et la conscience de ne pas toujours bien faire, les parents tendent à instaurer un attachement sécurisé pour leur fils. Cet environnement cherche à être sécurisant, contenant pour l'enfant ce qui va certainement lui permettre un développement émotionnel et social sain en grandissant.

Le lien a parfois été établi naturellement mais a eu besoin d'un espace de soutien pour le renforcer. Dans l'entretien 2, les parents n'ont pas eu de difficulté à conserver le lien qu'ils avaient commencé à mettre en place pendant la grossesse « je n'ai pas senti de rupture de lien ». Cependant ces derniers ont trouvé une évolution au cours du bain enveloppé. Nous le retrouvons à la fois dans le lien avec leur enfant « on est vachement plus connecté avec son bébé, et ça renforce le lien », mais également dans la fonction parentale « on se sent plus parents, plus responsable et plus capable, donc oui, ça crée vraiment un lien ». C'est à travers les soins de développement et plus particulièrement le bain enveloppé que ces parents ont pris conscience de leur capacité à être mère et père. L'accompagnement de l'équipe médicale leur a permis de gagner en confiance dans les soins qu'ils apportent à leur enfant, créant ainsi un environnement à la fois sécurisant et rassurant.

De plus « il y a forcément un lien qui se crée [avec l'allaitement], avoir un bébé contre soi, de le nourrir [...] c'est vraiment un moyen d'apaisement pour lui immédiatement, je trouve que c'est super fort ». Dans le cadre de la prématurité, il est préconisé de donner du lait maternel au prématuré, c'est pourquoi, les mamans qui le souhaitent, sont encouragées à allaiter. Elles sont sollicitées, dans la mesure du possible, dès la naissance pour stimuler la lactation généralement par un tire-lait puis par la mise au sein de leur bébé quand son état de santé le lui permet. L'allaitement est un moment de partage très profitable pour la mère, si elle est désireuse d'allaiter, et son nouveau-né, comme le relate la maman de l'entretien 6, « la mise au sein reste le début de la vraie création du lien avec [son] fils ». Cette maman n'a pas pu voir son nouveau-né avant son transfert ainsi la première rencontre avec son bébé s'est faite en différée. L'allaitement a permis à la maman d'avoir son fils contre elle et de reprendre confiance en elle pour être pleinement présente pour lui.

Le fait de pouvoir nourrir son propre enfant est un soin unique et personnel, « ce partage c'est ce qui fait de moi un peu plus sa maman. Je suis la seule à pouvoir le faire » comme l'exprime la maman dans l'entretien 9. Bien que cette maman n'ait ressenti aucune difficulté pour mettre en place le lien précoce avec son fils, elle a eu besoin de se sentir rassurée sur son rôle de maman par le biais de soins qui lui sont exclusifs. Dans les contextes d'hospitalisation, les soins faits par l'équipe médicale peuvent mettre les parents dans une posture d'incapacité. Du fait de sa fonction maternelle, une maman se sent dans l'obligation de devoir subvenir à tous les besoins de son enfant. Lorsqu'une autre personne le fait à sa place, il va y avoir une dévalorisation de sa capacité maternelle.

La construction du lien précoce est influencée par le pronostic vital de la naissance. Dans l'entretien 4, les pédiatres avaient prévenu les parents qu'à 29 SA + 2 jours, leur bébé allait nécessiter des soins médicaux rapidement et risquait de ne pas pleurer à la naissance. Or au moment de la naissance, leur fils a pleuré et « il était tout rose ». Lorsque la maman a vu que son bébé allait bien « ça [l]'a apaisé. [Elle] a eu une partie du stress qui est partie ». La prématurité est un processus où des étapes cruciales sont à passer. La première, voir son bébé prématuré naître en vie, avec un pronostic vital qui n'est pas engagé, permet aux parents de se projeter un peu plus. Le déroulement de cette naissance étant similaire à leur premier accouchement, ce couple a pu retrouver des repères de normalité ce qui a facilité leur projection et la construction de ce lien précoce avec leur fils.

L'établissement du lien précoce avec leur enfant est propre à chaque couple. Certains pourront le mettre en place de façon aisée tandis que d'autres auront besoin d'être guidé afin de le consolider. Pour cela, l'entourage et l'allaitement permettent d'accompagner les parents à construire une relation sécurisée avec leur enfant.

4.2.2 Incapacité

Cependant, la création de ce lien avec leur nouveau-né peut se trouver entravée à plusieurs étapes et pour diverses raisons.

Une enfance marquée par un manque de repères parentaux peut perturber la projection dans la parentalité et troubler l'initiation du lien avec les enfants. Dans l'entretien 6, le père a eu une histoire difficile « je ne connais pas vraiment mon père ». Face à ce manque de repère paternel, marqué par une absence de père ou une relation défailante avec ce dernier, les pères auront un travail psychique plus important. Ils seront confrontés à des interrogations sur la transmission, encore inconnue pour

eux, ainsi qu'à une réflexion et une projection sur leur rôle de futur père. Cette démarche les aidera à adopter une posture appropriée pour devenir un « père suffisamment bon », comme l'entend D.W. WINNICOTT avec sa théorie de la « mère suffisamment bonne ». Le père va régler les carences affectives de son enfance au cours de la grossesse de sa femme. Ce processus pouvant faire référence à la transparence psychique de la mère. La construction du lien père-bébé se prépare au cours de la grossesse notamment par la crise identitaire du père. Ce processus peut l'amener à s'identifier à son propre père pour transformer son narcissisme d'homme en une posture de père en devenir :

L'identification à son propre père, à la fois géniteur, père, amant, porteur des valeurs culturelles, permet de contre-investir la jalousie et l'envie à l'égard de l'enfant et à l'égard de la femme qui porte l'enfant ; elle garantit à la fois son propre narcissisme transformé d'homme devenant père et l'investissement narcissique de son enfant ; il peut être fier de son bébé, de l'héritage qu'il va lui transmettre. (21)

Si son schéma familial lui est favorable, il va pouvoir s'appuyer dessus pour co-construire avec sa femme cette nouvelle relation. Toutefois, si son passé est perturbé, l'établissement du lien risque d'être gêné entraînant des répercussions sur l'assouvissement des besoins de l'enfant (21). Face à son passé, le père « exige un vrai travail sur soi pour accueillir l'enfant dans de bonnes conditions » malgré ce père manquant. Cette volonté d'être « suffisamment bon » relève de la notion de préoccupation paternelle primaire, constituée par une souplesse psychique et une identification à l'enfant, permettant au père de s'accorder aux besoins de celui-ci. Bien que le père ne puisse pas vivre la grossesse physiquement, cela n'exclut pas une expérience psychique. Dans la période anténatale, un intérêt inconscient et spontané va se mettre en place et perdurer dans les premiers temps du post natal. Cela permet de constituer une souplesse psychique et une identification à l'enfant afin que le père puisse s'accorder avec les besoins de son enfant (22). La notion de préoccupation paternelle primaire utilisée par D. de PARSEVAL en 1981 est l'extension de la préoccupation maternelle primaire théorisée par D.W WINNICOTT.

Le terme de la prématurité peut aussi avoir une influence sur la capacité à établir le lien précoce avec son nouveau-né. Plus la prématurité va être extrême et plus le pronostic vital va être engagé et nécessiter une prise en charge très médicalisée. Dans l'entretien 11, la naissance s'est faite à 26 SA + 2 jours ce qui a causé « beaucoup de distance tellement [elle] avai[t] peur de tomber de haut » ; « au début [elle] restai[t] sur [s]es gardes ». Pour cette maman, ce climat anxiogène a perduré pendant de longues semaines et n'a pas permis de créer du lien. Elle était présente pour les soins et pour sa fille mais « essayait de ne pas [se] projeter » donc c'était « compliqué de se rapproche[r] de [son] bébé ». Sur les premières semaines de vie de son enfant, la maman a commencé à établir une protection émotionnelle qui, à terme, peut engendrer un attachement anxieux-évitant envers son enfant. Ces réactions parentales amènent le bébé à percevoir ses demandes comme ignorées ou indifférentes, lui faisant croire qu'il n'est pas digne d'amour ou d'affection : « Il conclut qu'il ne mérite ni amour, ni

affection » (11). Le papa quant à lui, a réussi à « bien s'attach[er] » malgré le fait qu'il était conscient que l'état de santé de sa fille pouvait s'aggraver à tout moment. Dans les dires du papa, cet attachement fait référence au lien précoc. Le papa a pu pallier la distance que sa femme avait instaurée, afin de créer un attachement « je me suis permis de plus m'attacher et j'ai pu profiter des moments avec elle ». Par la suite, une fois que son pronostic vital n'était plus engagé, la maman a pu « enlever cette barrière » et se rapprocher de sa fille. Le soutien au sein du couple est important dans les contextes d'hospitalisation pour apporter constamment du positif à leur bébé même lorsqu'un parent se retrouve en difficulté.

Les aléas de la prématurité peuvent également venir perturber et remettre en question le début du lien que les parents ont instauré. Dans le cadre de la prématurité, l'état de santé du nouveau-né est en perpétuel variation avec des complications qui peuvent surgir en l'espace de quelques heures. Ceci peut venir perturber le développement du lien. Dans l'entretien 9, le papa n'a eu que 48 heures pour se préparer à la prématurité, il a visionné une vidéo montrant un enfant du même terme que son fils afin de « se blinder ». Il était prêt pour la prématurité mais pas pour les complications liées à cette dernière. Lorsque les médecins ont annoncé aux parents que « le pronostic vital était engagé » la mère a compris la gravité et l'urgence d'agir rapidement, mais le père ne se « rappelle pas qu'elle ait mentionné que le pronostic vital était engagé ». Pour ce papa, « c'était un vrai choc, [il s'est] pris la claque à ce moment-là », pour lui « ce n'était pas pensable, ça ne rentrait pas dans [son] esprit ». Ce papa était dans une phase de déni : « *en refusant de reconnaître certains aspects douloureux de la réalité externe ou de l'expérience subjective qui seraient évidents pour les autres* » (17) Il s'agit d'une exclusion inconsciente de certaines informations. Cette phase de déni a été brève et dans les heures suivantes, il a pu se rendre compte de l'urgence et être là pour son fils. Les premiers temps après l'opération, les soignants ont « mis un moment à pouvoir adapter les sédatifs » et les parents « voyai[en]t sur son visage la douleur, les plaintes mais ne l'entendai[t] pas à cause de l'intubation [...] c'était horrible ». Une fois qu'il était soulagé, les parents ont quand même pu passer « des moments avec lui » pour maintenir au mieux la relation, malgré le côté médical omniprésent. Ces épreuves les amènent à profiter au maximum des moments avec lui.

Devant une complication brutale, les parents peuvent rencontrer des difficultés à y faire face. Dans l'entretien 1, au bout d'une semaine d'hospitalisation, les parents ont commencé à trouver une routine entre les soins et les moments de partages avec leur fils « c'était un bébé comme les autres ». Très tôt, les soignants sont venus leur montrer « comment gérer le quotidien par [eux-mêmes], en gardant pour l'équipe le suivi purement médical ». Lorsqu'une complication digestive est survenue, l'équipe médicale « [leur] a parlé de pronostic vital et du fait que ça pouvait être fatal » et là « le tissage

du lien a été suspendu ». Les parents ont pris leur distance et se sont dit « qu'à tout moment il pourrait partir [...] et le regarde comme si c'était la dernière fois ». Ils se trouvaient dans une confusion émotionnelle, « il n'avait qu'une semaine de vie, mais [ils] l'aimai[en]t déjà énormément » mais ils avaient en tête « qu'à tout moment, il pourrait partir ». Les semaines suivantes, il leur a été difficile, d'être dans l'attente d'une amélioration. Une fois le nourrisson soigné, les parents ont pu reprendre un rythme. Ils ont été « beaucoup rassurés de [se] dire que le lien n'est pas rompu » et ils reprennent confiance dans leurs capacités parentales. Voir leur enfant traverser de nombreux actes médicaux a été vraiment difficile pour ces parents qui ont ressenti un « sentiment d'impuissance ». Il leur a été difficile d'accepter qu'ils ne puissent pas soigner leur enfant eux-mêmes et de devoir confier cette responsabilité aux soignants. Avec du recul, ils pensaient que voir leur bébé si fragile vivre tout cela, allait « renforcer le lien [et il a] plus besoin de réconfort et d'amour ». De cette épreuve, ils ont fait ressortir le positif et ils ont eu « encore plus envie de le protéger et de le cocooner ».

Devenir mère peut parfois être un processus compliqué, et il arrive qu'une femme n'arrive pas à se sentir pleinement maman. Dans l'entretien 10, la maman nous décrit être une maman « en intérim, sans pouvoir l'être 24h/24 ». Elle ne parvient pas à s'investir pleinement dans son rôle maternel auprès de ses deux fils en même temps. Ceci lui donne le sentiment d'être une mère temporaire pour son bébé hospitalisé. Le fait d'avoir un fils aîné rend la situation plus délicate « c'est compliqué de devoir se partager entre [s]es 2 fils ». Cette obligation de devoir se « partager » montre une difficulté émotionnelle. Ce sentiment d'être obligé de se diviser entre son aîné et son bébé, lui donne « l'impression [d'avoir] deux personnalités et c'est difficile à gérer ». Le passage des portes du service de néonatalogie matérialise ce changement de rôle. Ne pas avoir ses deux fils à la maison, renforce cette impossibilité de se consacrer à chacun d'eux. Elle vit sa pire crainte qui était de devoir se séparer pour s'occuper alternativement de ses deux enfants. Cette situation l'a fait énormément culpabiliser et elle craignait « qu'il compren[ne] qu'[elle] l'abandonne ». En son absence, l'équipe médicale doit prendre le relais pour s'occuper de son fils et cette maman « doi[t] déléguer ce rôle [de maman] à l'équipe médicale », ce qui vient renforcer ce sentiment de dépossession maternelle. Cette délégation volontaire, mais indispensable, est en contradiction avec la préoccupation maternelle primaire et renforce la culpabilité maternelle. Cette maman se retrouve dans l'obligation de laisser les soignants prendre sa place auprès de son nouveau-né, bien que cela aille contre sa volonté. Cette maman aimerait rester tout le temps auprès de son bébé, mais elle doit conserver la relation qu'elle a avec son aîné. Les soignants peuvent lui proposer de laisser un doudou avec son odeur dans le berceau de son enfant pour que ce dernier puisse garder ses repères olfactifs et être rassuré.

La capacité à établir le lien avec son enfant va dépendre de plusieurs paramètres. La classification de la prématurité va induire la prise en charge ainsi que les soins et donc la proximité avec l'enfant. De plus, la présence de complications va venir bouleverser le lien naissant. Ce lien, en cours de construction, peut être facilement fragilisé par des événements extérieurs. Il est donc important de le préserver afin que le nouveau-né puisse grandir de la manière la plus adéquate.

4.3 Les apports du « peau à peau » dans ce lien précoce

Dans cette partie, l'analyse du « peau à peau » interroge comment les soignants introduisent ce soin de développement auprès des parents et comment ceux-ci s'en saisissent.

Le « peau à peau » perçu par la société comme un simple moment de contact, est en vérité bien plus que cela. Très utilisé dans les soins de développement, il peut être considéré comme « un soin à faire dans la journée » raconte la maman de l'entretien 9. Ce contact apaise les parents et « enlève du stress » comme nous l'a fait remarquer la maman dans l'entretien 8. Le fait de tenir son bébé contre soi contribue à réduire l'anxiété des parents. Cela leur permet de percevoir, dans la réalité, que leur enfant est bien vivant, à travers ses mouvements, sa chaleur et les battements de son cœur. De plus, un cercle vertueux s'installe : en sentant son bébé contre elle, la mère se sent rassurée, ce qui apaise également l'enfant et ainsi va renforcer le sentiment de sécurité maternelle. Ces bienfaits sont multiples, tant pour le nouveau-né que pour ses parents. Il contribue au bon développement biologique du fait d'une meilleure thermorégulation et de la stabilisation cardiorespiratoire (23) « il avait un rythme cardiaque et une fréquence respiratoire beaucoup plus bas » comme l'ont constaté les parents dans l'entretien 1. Les parents jouent un rôle complémentaire avec celui de l'équipe médicale dans cette stabilisation cardiorespiratoire. Le « peau à peau » favorise la synchronisation cardiaque, permettant au nouveau-né d'ajuster son rythme cardiaque à celui de ses parents. Ainsi, l'apaisement et la détente des parents, aide le bébé à adopter un rythme physiologique. Les parents sont des « CO-REGULATEURS » au côté de l'équipe médicale pour le développement de leur enfant prématuré. Au vu de leur part active dans l'amélioration de l'état de santé de leur bébé, l'équipe médicale encourage la présence des parents. Le « peau à peau » va également aider au développement staturo-pondéral. Les parents de l'entretien 3 constatent les bienfaits du « peau à peau » sur la croissance de leur fils, « quand [ils] ne [font] pas de peau à peau, il prend moins de poids et il est moins éveillé ». En revanche lorsqu'ils ont pu faire de longues sessions de « peau à peau », « il devient plus éveillé et semble plus fort [...] il est au top de sa santé ». Le changement physique va venir rassurer les parents sur l'état de santé et les inciter à partager davantage de moments avec lui. La prise de poids de leur enfant à la suite de séances

de « peau à peau », montre que les parents offrent une véritable nourriture émotionnelle. Voir que leur présence est bénéfique sur le développement de leur enfant, va renforcer leur estime de soi et leur redonner confiance, « *Un bébé ne peut pas exister tout seul, il fait essentiellement partie d'une relation* » (24). Ceci va installer une sécurité émotionnelle dans le lien précoce. De plus, la création d'un environnement rassurant va favoriser le développement neurologique. Ce contact, en apparence banal, va apporter un équilibre physique, psychologique et émotionnel à la fois au nouveau-né et aux parents.

Dans le cas d'une prématurité extrême, les parents peuvent avoir du mal à prendre conscience de la présence de leur nouveau-né causée par cette rupture brutale de la grossesse. Le « peau à peau » est proposé précocement aux parents lorsque l'état de santé de la mère et du bébé le permet et ainsi initier « le premier contact qu'[elle] pouva[i]t avoir avec [sa fille] » comme ça a été le cas dans l'entretien 11. Par ailleurs, dans un processus très médicalisé, les dispositifs médicaux peuvent devenir un obstacle à la proximité avec leur enfant. Ainsi, le « peau à peau » permet aux parents d'avoir un moment de partage et de découverte avec leur bébé « [c'était] notre seule façon de la toucher » comme les parents de l'entretien 11 nous l'ont également fait remarquer. Dans de nombreux discours, les parents « réalise[nt] pleinement que c'est [leur enfant] » comme le souligne l'entretien 6 ou bien l'entretien 5 « on réalise vraiment qu'il est là ». Le « peau à peau » relève d'un instinct primaire matérialisé par ce besoin de contact. Il peut être différé pour diverses raisons qui peuvent être liées à l'état de santé du bébé, rendant impossible sa mise en place immédiate, ou à l'état émotionnel de la mère, qui ne lui permet pas d'en profiter pleinement. Malgré un premier « peau à peau » différé dans le temps, il restera toujours bénéfique pour la création du lien précoce et pour la découverte mutuelle, d'où l'importance pour l'équipe médicale de le proposer systématiquement.

Du fait de la naissance prématurée, la maman de l'entretien 2, se saisit du « peau à peau » comme une transition entre le monde in-utéro et le monde extérieur : « on retrouve un peu le côté dans le ventre [...] au début vraiment [elle] en avai[t] besoin, [elle] pense que lui aussi, le fait qu'il soit sorti plus tôt ». Cette nécessité d'avoir son enfant sur elle, montre le besoin instinctif et profond du « peau à peau » et permet de pallier cette rupture due à la prématurité. Ces moments de « peau à peau » leur permettent d'être encore en contact et d'être reliés comme pendant la grossesse. Afin de permettre le contact direct avec ses parents et d'être bien soutenu, le nouveau-né est placé dans une écharpe de portage en couche. Cette proximité va lui permettre d'être enveloppé dans l'odeur et contre la chaleur de ses parents. La maman de l'entretien 5 a pu le constater « il cherchait à retrouver sa position initiale, comme s'il n'avait jamais été accouché ». La position fœtale que son fils adopte au moment des « peau à peau » peut amener la maman à prolonger cette grossesse interrompue

brutalement. Ce besoin l'aide à intégrer cette naissance prématurée et permet d'offrir à son bébé un environnement sécurisant semblable à celui in-utéro. Cette proximité privilégiée permet de mettre en avant la notion de « holding » qui est importante pour le développement du lien des parents avec leur nouveau-né. Cette notion développée par D.W. WINNICOTT englobe à la fois le portage physique et la contenance psychique des parents. Par le « peau à peau », le « holding » va apporter une stabilité émotionnelle en créant un environnement sécurisant et rassurant. Dans l'entretien 9, la maman profite de ce moment pour « lui transmettre de l'amour, de la chaleur, des forces, enfin tout ce qu'elle pouvait lui donner ». Ce soutien physique et psychologique apporte au nouveau-né la possibilité de créer une relation de confiance avec sa maman et son papa. Cet instant de partage et de proximité est souvent un moment suspendu dans le temps. Dans l'entretien 6, lorsque le papa faisait du « peau à peau » avec son fils, « [il] ne voyait pas le temps passer [...] on ne pense à rien d'autre, on est vraiment en connexion avec lui ». Nous retrouvons cette sensation de distorsion temporelle dans d'autres récits. Dans l'entretien 8, le papa ressent cette sensation d'être déconnecté de la réalité « [il] ne pense à rien d'autre quand il est contre [lui], [il] oublie tout ce qui se passe dans [sa] vie. [Il est] totalement concentré sur lui, comme s'[il] était dans [sa] bulle ». Ces moments de « peau à peau » que le papa définit comme étant dans une bulle, témoigne du fait qu'il a besoin de se retrouver exclusivement avec son fils pour prendre conscience de son nouveau rôle de père.

Le « peau à peau » est essentiellement décrit comme un moment de proximité facilitant l'interaction avec son bébé. La maman de l'entretien 5, trouve que ces instants de partage permettent à son fils « de s'approprier sa maman et son papa » ce qui montre les bienfaits sur le plan social et affectif pour le nouveau-né. Dans l'entretien 6, le papa peut « regarde[r] toutes ces mimiques, ces réactions et c'est rassurant de le voir comme ça, paisible contre [lui] ». Découvrir son fils au plus près, va permettre à ce papa de le comprendre afin de pouvoir répondre convenablement à ses besoins. Cette sensation paisible est souvent retrouvée par exemple dans l'entretien 4, « [elle] la sent[t] toujours très apaisée ». Les parents de l'entretien 1, décrivent le « peau à peau » comme un moment de détente pour leur fils, « il est beaucoup plus détendu » ce qui lui permet de « se ressourc[er], et de se repos[er] ». Certaines études ont montré que la durée du sommeil en « peau à peau » était augmentée en comparaison avec un sommeil en couveuse (25). Dans l'entretien 3, le père remarque qu'en « peau à peau » il lui était plus facile d'être en « interaction, car il se détend[ait] ». Le fait que le nouveau-né soit dans un état de détente et de calme contre ses parents, va lui procurer un environnement sécurisant et confiant, lui permettant un développement neurologique et comportemental au plus près de la normalité.

D'autre part, la proximité de la poitrine maternelle aide le bébé à trouver le sein et facilite l'allaitement. L'odeur du lait lui rappelle celle du liquide amniotique, milieu réconfortant pour lui. De plus, la sécrétion d'ocytocine, essentielle pour l'allaitement, est stimulée par le « peau à peau » favorisant ainsi sa mise en place et son efficacité. Dans l'entretien 4, la maman a pu constater que l'efficacité de son allaitement dépendait du « peau à peau » avec son fils. Elle n'a pas pu faire de « peau à peau » une journée et « [elle a] bien moins tiré de lait sur la soirée, de moitié ». Le lien entre le « peau à peau » et l'allaitement est essentiel et vient renforcer ce premier contact (26). Dans l'entretien 6, la maman n'a pas pu voir son fils avant qu'il soit muté et sa première rencontre est matérialisée par la première mise au sein : « le début de la vraie création du lien ». L'association du « peau à peau » et de l'allaitement permet de créer une bulle de réconfort pour le nouveau-né lors d'actes médicaux douloureux. La succion ainsi que le contact avec un parent permettent une meilleure tolérance à la douleur (27). Les parents dans l'entretien 1, avaient l'impression qu'« il n'a pas l'air de souffrir » avec l'« utilis[ation] des petites tétines imbibées de sucre ». Ces tétines de sucre sont données aux nouveau-nés lors d'actes douloureux, leur permettant de sécréter de l'endorphine, hormone anti-douleur. Le fait de ne pas voir leur bébé souffrir au moment de ces soins invasifs, « rendait les choses plus confortables pour [le bébé] et pour [les parents] ».

Du fait de leur profession de soignants, « *les mères ont une confiance aveugle dans le corps médical* » (28). Cependant, la vie personnelle de chacun peut amener les parents à ne pas être en accord avec les soignants et à ne pas prendre en considération leurs paroles. Le rôle de l'équipe médicale est de donner des conseils, aidant les parents dans la parentalité et non pas de les contraindre : « *quand les médecins se mettent à donner des conseils, ils s'engagent sur une voie dangereuse car la mère et le bébé ont moins besoin de conseils que d'un environnement qui encourage la mère à avoir confiance* » (28). Par leur propre expérience et par leur sens de leur observation, les parents vont adapter les conseils aux besoins de leur enfant.

En revanche le « peau à peau » peut être considéré comme un contact moins bénéfique dans certaines situations pour les extrêmes prématurés. Dans l'entretien 10, cette maman qui a accouché à 23 SA + 6 jours préfère « quand il est simplement posé sur [elle] » habillé. Le fait que son fils ait eu un parcours néonatal très lourd, lui a appris à se « débrouiller tout seul [et] a gardé son indépendance ». Elle a l'impression qu'« il a besoin d'être seul, et pas forcément en contact direct [...] que ce n'est pas quelque chose qu'il apprécie ». Chez les bébés qui n'ont pas eu l'habitude d'avoir un contact direct avec la peau et qui ont eu des manipulations avec des gants, le toucher peut leur procurer une sensation de brûlure. Cette sensibilité peut entraîner une exacerbation des sensations corporelles et des terminaisons nerveuses, causée par trop de contacts intempestifs. Cette maman est consciente de ce

qui est bénéfique et de ce qui l'est moins pour son fils et va donc adapter son comportement. Cette adaptation pour répondre au besoin, envie et plaisir de son nouveau-né est l'ajustement de la préoccupation maternelle primaire. Cette maman qui a envie de bien faire pour son enfant en lui apportant les soins et attentions dont il a besoin, est une « mère suffisamment bonne » décrite par D.W. WINNICOTT. Cet ajustement est retrouvé dans l'entretien 9, à la suite de l'opération de son fils cette maman a pu voir qu'« il était trop fatigué » et que « lors des séances de peau à peau, il a eu plusieurs désaturations ». De ce fait, elle était « très attentive à son état et à certains moments [elle] décidai[t] de ne pas faire de peau à peau ». Il est important en tant que parents de prendre conscience qu'un même soin peut être bénéfique un jour et délétère un autre jour. Le fait d'arriver à reconnaître les signes fait que ces parents sont « suffisamment bons ».

Les entretiens permettent de mettre en évidence que le « peau à peau » est un moment « magique ». Apportant de nombreux bénéfices que ce soit pour le nouveau-né mais aussi pour les parents. Même si ce moment de partage apporte réconfort et sécurité au le bébé, nous avons pu voir que les parents devaient tout de même adapter cette interaction en fonction des besoins de leur enfant.

5 Approfondissement et projection

5.1 Biais

Dans ce mémoire, l'étude qualitative entraîne inévitablement certains biais.

Notre méthode de recrutement a causé un biais de sélection. Basé sur le volontariat, la participation des parents dépendait de leur propre volonté. Ces couples se sentaient légitimes de nous partager leur expérience, se sentaient prêt à parler d'une situation qui a été compliquée pour eux et voulaient que leur histoire puisse contribuer à des avancées sur ce sujet.

De plus notre recrutement a pu se faire dans trois maternités de type II b, accueillant un service de soins intensifs néonataux. Dans ces services, les professionnels de santé formés à la prise en charge des nouveau-nés prématurés ont l'habitude de mettre en place des soins de développement, ce qui influence l'accompagnement des parents dans l'établissement du lien.

Parmi les onze entretiens réalisés, cinq ont débuté dans un parcours de réanimation néonatale. Cette situation nous a permis de comparer l'évolution dans plusieurs services et entre différents couples. Toutefois un recrutement directement en service de réanimation néonatale aurait évité un biais de sélection, puisque ces parents n'auraient pas été influencé par l'amélioration de la santé de leur enfant.

Idéalement, afin de limiter ce biais de sélection, nous aurions pu faire, outre une étude multicentrique, réaliser également un recrutement dans des services d'établissements de niveau différents afin de comparer les réponses des parents ayant des expériences complètement différentes du fait de l'accompagnement.

Nous retrouvons également un biais d'interprétation des entretiens. Parmi les onze entretiens effectués, nous n'avons pas conservé un entretien se révélant inexploitable par manque d'étayage. Cette décision a été prise grâce à notre analyse et notre interprétation. De plus, pour limiter ce biais, une double lecture a été faite afin de garantir une analyse la plus précise possible.

Cependant ce mémoire permet également de mettre en évidence des points forts. Ce sujet d'étude a été peu étudié malgré la place grandissante de la parentalité et de son importance. Les soins

de développement ont démontré leurs bénéfices en néonatalogie, mais leur impact sur le bien-être des nouveau-nés en dehors des services spécifiques reste peu étudié.

5.2 Déroulement dans les services de réanimation néonatale

Lors du choix de ce sujet de mémoire, une hypothèse a émergé : les soins de développement dans les services très médicalisés, à savoir la réanimation néonatale, étaient peu pris en considération. Selon nous, les gestes techniques ne laissaient pas la place au côté social et relationnel.

Traditionnellement, les services de réanimation néonatale priorisaient les soins médicaux et techniques afin de stabiliser le pronostic vital et laissait le bien-être physique et psychique au second plan. Des études sur le développement cérébral ont permis de mettre en évidence l'importance des expériences sensorielles précoces. Lors d'une naissance prématurée, le cerveau est en pleine croissance et se trouve très vulnérable. Pour favoriser une maturation cérébrale la plus harmonieuse possible, l'environnement des prématurés doit limiter les stimuli stressants pour se rapprocher d'un bien-être global. (29).

Aujourd'hui, nous pouvons entendre et constater que les soins de développement ont une part entière dans la prise en charge médicale du nouveau-né. Les services de réanimation néonatale adaptent constamment l'environnement hospitalier afin de créer des conditions optimales pour le développement du bébé. L'équipe médicale va essayer de créer un environnement se rapprochant de celui in-utéro tout en respectant les besoins physiologiques du nouveau-né. L'éclairage artificiel va être agressif pour les prématurés, des caches couveuses sont alors utilisés afin de les mettre dans une pénombre similaire à la vie in-utéro. Les bruits ambiants sont également une source de stress pour eux et des précautions doivent être prises pour les limiter. Les alarmes des appareils médicaux sont baissées et le chuchotement est préconisé. Les soins vont être adaptés aux capacités du nouveau-né en utilisant des manipulations franches et brèves pour éviter une dystimulation. (30)

Les soignants ont une place essentielle dans les soins, et d'autant plus en réanimation néonatale. Le bébé prématuré est dit « ACTEUR » de son développement. L'observation de ses réactions, ses mimiques et ses paramètres vitaux sont des indicateurs importants pour les parents. Ils vont témoigner du confort du nouveau-né et permettre d'adapter les soins prodigués en fonction de son rythme et en réduisant les stimulations nocives, proposant ainsi une prise en charge individualisée. Les parents ont également une place d' « ACTEUR » en participant à l'évolution des soins et à l'amélioration de santé

de leur bébé. L'implication des parents dans l'observation et l'interprétation des signes de leur enfant s'inscrit dans le programme NIDCAP. Il vise à adapter les soins du bébé prématuré à son rythme, en conservant ses phases de sommeil qui sont primordiales pour son développement neurologique. Pour prodiguer un environnement apaisant et sécurisant pour le nouveau-né, il est essentiel qu'il puisse avoir des repères qui ne soient autres que sa maman et son papa.

Selon certaines études scandinaves, nous savons que l'intégration des parents dans les soins de leur bébé est primordiale pour un développement physique et psychique le plus optimal possible (31). Pour faciliter cette proximité avec leur enfant, il a fallu réorganiser les services pour laisser une place aux parents. Notamment avec la mise à disposition de salles et de chambres pour que les parents aient un espace contenant et accueillant pour qu'ils puissent rester auprès de leur bébé (32). Cependant les services de réanimation néonatale sont généralement très anxiogènes, avec des parents souvent en difficulté affective et matériel. En effet, le contexte de prématurité de leur enfant peut être difficile à vivre et à accepter pour eux, sans parler du côté très médicalisé et stressant de ces services. De ce fait, ils vont se trouver déstabilisés, sans savoir comment se positionner vis-à-vis de leur nouveau-né. C'est ainsi que le rôle des soignants prend tout son sens.

L'équipe médicale va être présente à la fois, pour la prise en charge des soins médicaux mais également sur le plan affectif afin d'accompagner les parents dans la mise en place d'une relation précoce avec leur enfant prématuré (33). La maman de l'entretien 9 fait remarquer que « la plupart des infirmières encouragent vraiment les parents à être présents et à établir ce lien, qui n'est pas toujours automatique ». La proximité du corps médical va permettre de donner confiance aux parents sur leur capacité à être parents. La prématurité induit généralement un sentiment de culpabilité chez les mamans, leur donnant l'impression de ne pas avoir réussi à protéger leur enfant. Dans l'entretien 3, la maman a ressenti cette culpabilité pendant plusieurs jours et « les infirmières [l]'ont beaucoup rassuré pour [la] déculpabiliser ». Afin d'établir un lien sécurisé avec son bébé, il est essentiel que les parents ne se sentent pas coupables de l'hospitalisation de leur enfant. Le rôle de l'équipe soignante va permettre de favoriser le lien des parents avec leur enfant prématuré. Au moment des soins, l'équipe médicale va parler au bébé pour le rassurer et entrer en interaction avec lui. Il est courant de leur donner des surnoms pour avoir une certaine proximité avec eux ou « d'utilis[er] des petits mots affectueux » comme l'a remarqué le couple dans l'entretien 5. Pour ces parents, « ces petits mots d'attentions renforcent [leur] lien avec lui, comme si ça [les] impliquaient plus » et les aidaient à prendre conscience de « la parentalité ».

En tant que « CO-REGULATEUR », la présence des parents va être primordiale au côté de leur nouveau-né. En symbiose avec leur enfant, ils adaptent les soins à son rythme pour préserver son confort lui permettant un développement le plus optimal possible. Cela permet également de conserver un équilibre émotionnel et physiologique. L'intégration des parents dans les soins va susciter une évolution des pratiques médicales, pour leur laisser de la place et ainsi favoriser la dyade parents-bébé. Celle-ci représente une relation interdépendante, où mère, père et bébé ont besoin des autres pour s'épanouir. Le lien unissant les parents est essentiel dans la qualité et l'environnement de leur bébé. Les parents seront des partenaires des soins en jouant un rôle contenant, réconfortant et sécurisant aussi bien pendant qu'en dehors des soins. Comme l'illustre l'entretien 9, leur présence va pallier l'inconfort de leur enfant. Ils se sont « vite rendu compte que c'était moins pénible pour lui avec [ses parents] qu'avec les infirmières » donc ils « essayai[ent] de faire le maximum des soins pour le rassurer par [leur] présence ». La proximité des parents avec leur enfant prématuré au moment des soins va instaurer un climat de confiance et d'apaisement ce qui permet au nouveau-né de mieux tolérer les manipulations. Ce constat met en valeur l'importance de la présence des parents auprès de leur enfant en mettant en avant leur rôle unique dans son bien-être global.

La présence des parents va être essentielle dans la construction du lien précoce avec leur bébé. Les soins se faisant pendant les phases d'éveil permettent aux parents de lui parler, de le toucher et de répondre à ses besoins physiques et émotionnels. Ces interactions créent un environnement de confiance pour le nouveau-né envers ses parents. Ce sentiment, de confiance et de sécurité vient renforcer l'amour que lui portent ses parents. Ces moments de partage viennent établir un lien précoce « suffisamment bon », ce qui pourra au long court, découler sur un attachement sécurisé influençant son développement émotionnel et social. Grâce à l'accompagnement des soignants, les parents peuvent interagir et s'occuper de leur bébé en étant vigilant à ses signes d'inconforts. Pour cela, « le personnel prenait le temps avec [les parents] » comme le fait remarquer le papa de l'entretien 3. Cette aide et ce soutien de la part des soignants, permettent aux parents de trouver leur place auprès de leur enfant et de se sentir légitime dans leur rôle de parents. Cet accompagnement pendant l'hospitalisation est important pour l'implication dans les soins tout en préservant le bien-être et un développement le plus optimal possible pour leur bébé. Ce soutien joue un rôle fondamental dans l'établissement et le renforcement du lien précoce, ainsi que la création d'un cadre sécurisant et bénéfique au développement du nouveau-né.

A travers le discours des parents, nous prenons conscience de l'importance de l'équipe médicale dans leur vécu de la prématurité. L'incitation des parents à être présents lors des soins, ainsi que leur accompagnement tant sur le plan médical que sur le plan psychologique, est primordial.

5.3 La place des soins de développement dans d'autres services

Dans le contexte d'une naissance à terme, l'adaptation à la vie extra-utérine et le développement cérébral restent toujours présents et vont nécessiter un accompagnement. L'utilisation des soins de développement est donc bénéfique pour tous les nouveau-nés, quel que soit le service.

5.3.1 En salle d'accouchement

Bien que nécessaire, le moment de la naissance raisonne comme une rupture brutale pour le nouveau-né. Il va passer d'une vie in-utéro où tous ses besoins étaient comblés, à la vie extra-utérine où il va devoir faire face à de nouvelles sensations (respiration, sensation de faim, froid ...) et de nouveaux stimuli. Cette adaptation extra-utérine joue aussi sur la gestion de l'environnement sensoriel. Il va se retrouver dans un environnement identique à celui des prématurés, à savoir bruyant, lumineux, avec des odeurs qui lui sont inconnues, un manque de repères physiques et sensoriels. Afin qu'il puisse avoir une meilleure adaptation, il est essentiel de lui fournir un cadre rassurant auprès de ses parents, seuls repères qu'il connaisse. Les premiers instants de vie sont propices à l'attachement par la curiosité du nouveau-né et la proximité de ses parents. Lors de cette phase, comme suspendue dans le temps, les premiers échanges se font, renforçant des liens déjà tissés et en créant de nouveaux.

Au moment de l'accouchement, la maman a la possibilité de venir chercher son bébé entre ses jambes pour le poser sur son ventre. Ce geste lui permet de participer activement à l'accouchement et de conscientiser la naissance de son enfant et de marquer la transition de la grossesse à la maternité. Dans certains cas, les mamans craignent de le faire tomber, qu'il leur glisse des mains, et c'est le rôle de la sage-femme de les accompagner dans ce geste, en assurant la sécurité de l'enfant. Pour d'autres, elles ne souhaitent pas le récupérer et c'est donc à la sage-femme de le déposer délicatement sur son ventre. Quelle que soit la manière dont il naît, le bébé va se retrouver à même la peau, initiant le premier contact avec sa maman. Ce contact immédiat entre la mère et son bébé représente la première rencontre hors du ventre, un moment unique où le lien mère-enfant commence à se tisser. Dans le cadre de la prématurité cette première rencontre est brève et ne permet pas une totale découverte. Ce moment de « peau à peau » devient une véritable expérience sensorielle, essentielle pour le

nouveau-né et pour ses parents. Tous ses sens sont sollicités, favorisant une adaptation à la vie extra-utérine et renforçant les premiers échanges. Tout d'abord, la rencontre olfactive marque un repère fondamental pour le nouveau-né. L'odeur de sa maman est similaire à celle de l'environnement intra-utérin et lui permet d'être rassuré et réconforté. Au niveau de l'audition, le nouveau-né va reconnaître la voix de ses parents qu'il percevait in utero. Le fait de retrouver des sons familiers va le rassurer facilitant son adaptation à ce changement d'univers. Pour finir, le contact tactile est au cœur de cette première interaction. Le nouveau-né va percevoir pour la première fois la chaleur et la texture de la peau maternelle. Il ressent sa chaleur et la sécurité du corps de sa mère ou de son père, lui rappelant l'enveloppe utérine. Cette proximité favorise la libération d'ocytocine, venant renforcer le lien précoce et la régulation du stress. Le « peau à peau » a largement été étudié pour les enfants prématurés mais s'applique également pour les bébés nés à terme. Il joue un rôle clé dans la stabilisation de la température corporelle, la régulation de la fréquence cardiaque et respiratoire, et pour la mise en place de l'allaitement. De ce fait, il est primordial d'encourager la pratique du « peau à peau » dès la salle de naissance, lorsque l'état de santé du nouveau-né le permet, pour faciliter l'adaptation de ce nouveau monde et l'établissement des liens précoces.

Tout comme pour un bébé prématuré, le premier regard entre les parents et leur enfant est un pilier dans la constitution du lien. Il est nommé comme étant un « regard « fondateur » » (34). Ce protoregard va permettre la transition entre l'enfant imaginaire et celui qui se trouve devant eux. Durant la grossesse, les parents vont imaginer leur enfant en fonction de leur contexte familial et social et seront en perpétuelle évolution tout au long de cette grossesse (35). A la naissance, l'enfant imaginaire³ va laisser place à l'enfant réel⁴, laissant les parents dans un processus de deuil permettant d'accueillir cet enfant réel. Ce protoregard va faciliter l'acceptation de ce bébé avec ses traits caractéristiques : « ...qui a rencontré ce regard est transformé, sublimé en mère et père » (34). Ses mouvements et ses mimiques vont aider les parents à l'intégrer dans leur réalité et à renforcer le lien précoce. Il est donc essentiel que les parents et leur enfant aient un premier contact visuel afin de favoriser la reconnaissance mutuelle et la communication non verbale. Bien que la vision du nouveau-né soit restreinte, elle est suffisante pour lui permettre d'observer le visage de sa mère et/ou de son père lorsqu'il est posé sur leur poitrine. Ce regard est qualifié de communication non verbale, permettant des échanges silencieux entre les parents et leur bébé, afin qu'il puisse explorer le monde qui l'entoure. Le regard des parents remplis d'émotion, laisse transparaître un sentiment de bienveillance et d'amour pour leur bébé. Pendant ce moment de partage, ils vont être admiratifs, lui faire des caresses, des bisous, lui parler avec des mots doux. Ces gestes tendres vont venir renforcer la

³ L'enfant imaginaire est un enfant façonné pendant la grossesse qu'on aimerait avoir.

⁴ L'enfant réel est l'enfant naissant.

connexion entre eux et favoriser la construction du lien précoce. Grâce à cette proximité et ces échanges affectueux, le bébé va libérer de l'ocytocine et de l'endorphine lui permettant de se sentir en sécurité et apaisé dans ce monde inconnu. Ces interactions vont permettre d'instaurer une relation de confiance essentielle au bien-être et au bon développement de leur enfant.

Les premières heures qui suivent la naissance, permettent aussi l'instauration précoce de la mise au sein. Le bébé présente des réflexes archaïques lui permettant de se diriger tout seul vers le sein de sa maman. Grâce à ses sens, il va pouvoir se laisser guider par son odorat, sa vision et son ouïe vers le sein de sa maman. En fin de grossesse, le corps se modifie pour se préparer à l'arrivée de l'enfant à naître. Au niveau de la poitrine, l'aréole devient plus foncée pour s'adapter à la vision contrastée du bébé et l'odeur du lait maternel va permettre de l'orienter. Les battements du cœur de sa maman, va le guider généralement vers le sein gauche, en retrouvant un repère familier et rassurant. Pendant les premiers jours, le bébé est nourri par le colostrum renforçant, entre autres, son système immunitaire en réduisant le risque infectieux (36). Chez le nouveau-né, la succion déclenche la libération d'ocytocine et d'endorphine permettant l'apaisement. L'endorphine est une hormone procurant une sensation de bien-être et permet de limiter le stress de la naissance. Quant à l'ocytocine, il s'agit de l'hormone de l'amour, facilitant le lien et l'attachement. Les prématurés ne peuvent pas bénéficier de cette mise au sein, soit à cause de leur immaturité de succion, soit en raison de leur état général nécessitant des soins. Cette absence de contact au sein, laisse les bébés dans un environnement stressant avec seulement des contacts furtifs avec leur parents pour les rassurer.

Idéalement, le premier « peau à peau » est à réaliser avec la maman afin « *d'instaurer une continuité, une cohérence entre les deux mondes* » (34). Néanmoins, lorsque l'état de santé de la maman ne le permet pas, le premier « peau à peau » est proposé au papa. En plus de tous les bénéfices, vus précédemment, le « peau à peau » père-bébé va permettre une prise de conscience de la paternité. Lors des naissances à terme, la maturation cutanée des nouveau-nés est complète, ne rendant pas les manipulations irritables. Contrairement aux extrêmes prématurés, il n'y aura pas d'hyperréactivité au toucher, ce qui ne compromet pas les « peau à peau ». La grossesse est un processus qui peut être abstrait pour le père, avec une difficulté de se projeter dans son rôle. Ce moment de « peau à peau » avec son enfant venant de naître, va lui permettre de réaliser sa naissance et son existence. La proximité de ce moment de partage permet au père de s'identifier pleinement dans son rôle de père. Il va prendre conscience de son rôle protecteur et essentiel dans le développement physique et psychique de son enfant.

Les soins de développement sont importants pour l'établissement du lien précoce entre les parents et leur bébé. Le contact en « peau à peau » dans les premières heures va faciliter l'adaptation à la vie extra-utérine et la mise en place de l'allaitement. Il va permettre un soutien physiologique et émotionnel dans cette transition entre ces deux mondes. La découverte mutuelle va être une interaction facilitant l'initiation du lien précoce.

5.3.2 En suites de couches

Contrairement aux prématurés, le séjour des bébé nés à terme dure quelques jours. Il est essentiel que l'équipe médicale soit contenante et rassurante pour la maman et le papa. Ainsi, la mise en place de soins de développement dans ces services serait bénéfique pour les aider à construire leur rôle de parents.

Dans les services de suites de couches, les parents apprennent à s'occuper de leur bébé en répondant à ses besoins vitaux : alimentation, soins d'hygiène. L'équipe soignante est toujours là pour les guider et les accompagner dans la prise en charge globale de leur enfant. Leurs rôles vont au-delà des gestes techniques, les soignants sont un véritable soutien global dans l'apprentissage du devenir parents. En apportant un cadre rassurant et sécurisant, cet accompagnement vient respecter le rythme du bébé. Il permet aux parents l'apprentissage des gestes de soins, la compréhension des besoins primaires de leur enfant, tout en bénéficiant d'un soutien émotionnel face à l'inconnu des premiers jours. Les soignants jouent un rôle contenant pour les parents et pour leur bébé.

Comme pour les enfants prématurés, le développement cérébral n'étant pas encore achevé, il est important d'apprendre aux parents à respecter le cycle veille/sommeil de leur bébé. Les phases de sommeil renforcent l'apprentissage, favorisent le développement physique et psychique et stimulent le système immunitaire (37). Comment pouvons-nous préserver ces phases pendant le séjour de maternité malgré les contraintes de l'organisation des soins ? Lors du séjour en maternité, les professionnels de santé viennent régulièrement dans les chambres pour prodiguer les soins à la maman ou au bébé. Bien que nécessaire, ces interventions vont venir perturber non seulement le rythme physiologique du nouveau-né mais également son sommeil, pouvant impacter son développement et son bien-être. En voyant les bénéfices en néonatalogie, comment pourrions-nous adapter l'organisation de ces soins pour diminuer ces interventions ? Comme pour les prématurés, les soins devraient être regroupés et faits lors des phases d'éveil, pour préserver les temps d'interactions calmes le reste de la journée. Certaines maternités adaptent leur organisation pour respecter le cycle de sommeil des nouveau-nés. Les parents apprennent à reconnaître les signes d'éveil afin de prévenir

l'équipe soignante. Cette organisation permet de proposer une prise en charge individualisée. Il serait intéressant de la proposer dans différente maternité, dans la mesure du possible, puisqu'elle favorise le développement neurologique et physique du bébé. De plus, elle permet aux parents une meilleure interaction avec leur nourrisson, renforce ainsi leur confiance dans leur rôle parental.

Parmi les soins que les parents vont apprendre, on retrouve le bain. Cet instant généralement perçu comme un moment de détente et de complicité, peut s'avérer assez brutal du fait de la perte de repères physiques. Avant la naissance, le bébé était dans un milieu aquatique avec des limites marquées par les parois utérines. Il se trouvait en permanence bercé par les mouvements de sa maman et cette atmosphère lui apportait une enveloppe rassurante. A la naissance, il va se retrouver dans un milieu rempli de nouveaux stimuli et sans repère physique. Lors d'un bain classique, il va se retrouver sans vêtements qui lui rappelaient la chaleur utérine et va se sentir en insécurité comme à la naissance. Comme pour les prématurés, cette perte de repères contenant va lui apporter du stress, ainsi pour recréer une expérience similaire à la vie in-utéro, le bain pourrait se faire emmailloter. Cette technique permet d'envelopper le nouveau-né dans un linge et de le plonger délicatement dans l'eau. Nous avons pu remarquer qu'il était beaucoup utilisé en néonatalogie, mais très peu en suites de couches. Le tissu du linge va venir lui rappeler la contenance utérine en venant le sécuriser. L'eau chaude recrée le liquide amniotique, le réconfortant. Les mouvements de va et vient vont se rapprocher de la sensation qu'il avait dans le ventre de sa maman. Cette méthode va lui permettre de vivre le bain comme un moment de relaxation pour qu'il puisse se détendre et favoriser un sommeil profond, renforçant le lien avec ses parents. Ce type de bain ne nécessite pas une organisation supplémentaire, ce qui serait facile à mettre en place de manière courante en maternité. Ce bain est bien plus qu'un soin d'hygiène, il s'agit d'un moment de partage, d'interaction et de relaxation. Le bain, ne doit pas être réalisé tous les jours sous crainte d'irriter sa peau fragile. Cependant, les bienfaits du bain enveloppé peuvent être utilisés pour calmer leur bébé lors de phase de pleurs, afin de l'apaiser et de le détendre.

En service de suites de couches, l'équipe médicale pourrait être amenée à accompagner les parents dans le « peau à peau ». Les mamans qui ont choisi de ne pas allaiter vont ressentir un sentiment de culpabilité émis par la société sur l'absence de proximité avec leur nouveau-né. Il est important de leur rappeler comment est construit le lien avec leur bébé. Les interactions et les moments de partage sont tout aussi important que l'allaitement. Toutefois, l'allaitement maternel n'est pas le seul contact qui permet d'être en connexion avec son bébé et de répondre à ses besoins. Le « peau à peau » est un moment de partage, de connexion et d'apaisement mutuel, il va venir favoriser le lien précoce. Il apporte des bienfaits à tous ceux qui le pratiquent, qu'il s'agisse du papa ou de la maman, qu'elle allaite ou non. La proximité des deux corps va permettre une stimulation du

développement cérébral grâce aux stimuli sensoriels qu'il reçoit et une diminution du stress et des pleurs néonataux. Le « peau à peau » est quotidiennement utilisé pour ses bienfaits en service de néonatalogie mais l'est rarement en service de suites de couches. Il est peut-être moins instinctif de le mettre en place et de trouver le moment propice pour le faire. Après avoir pris conscience de ces bienfaits, il est plus aisé de l'utiliser pour améliorer le bien-être du nouveau-né. Cela nécessiterait un accompagnement de l'équipe soignante auprès de parents pour l'instaurer quotidiennement. Ce moment de proximité peut accompagner l'allaitement, le biberon ou suivre le bain, prolongeant ainsi son effet apaisant. En période de stress ou d'agitation, ce contact réconfortant calme les pleurs et sécurise le bébé. Le « peau à peau » est un soin de développement à part entière, créant une connexion profonde avec son enfant, favorisant le lien précoce et un développement plus optimal possible dès les premiers jours de vie.

L'intégration des soins de développement dans les services de suites de couches pourrait être intéressant pour perfectionner la prise en charge. Des soins comme le bain enveloppé ou le « peau à peau » pourraient facilement être mis en place et ne nécessitent pas de réaménagement particulier. Sensibiliser les professionnels de santé aux bienfaits aux soins de développement permettrait de les intégrer dans leurs pratiques de soins quotidiens. En valorisant ces soins, les services de suites de couches proposeraient une prise en charge complète, tant sur le plan médical que psychique, favorisant un meilleur développement pour le bébé et des liens précoces renforcés avec ses parents.

6 Conclusion

La prématurité a un impact tant sur le développement organique que sur le plan sensoriel et affectif. Une prise en charge purement médicale n'est pas suffisante pour assurer un développement optimal, le bien-être psychique est tout aussi important. Pour cela, étant individualisé et centré sur la famille, le programme NIDCAP créé en 1997, favorise le bien-être et le développement des bébés prématurés tout en apportant un soutien essentiel aux parents.

Cette étude nous a permis de comprendre comment les soins de développement permettent aux parents d'établir un lien précoce avec leur enfant prématuré. Un processus fragilisé par la prématurité et l'environnement médicalisé. Il repose sur l'intégration de multiples pratiques de soins de développement favorisant une meilleure régulation émotionnelle et renforçant le lien affectif. En recréant des conditions proches du monde in-utéro, ces soins réduisent le stress du nouveau-né et favorise la construction du lien précoce avec ses parents. La présence de l'équipe médicale est cruciale pour les accompagner et les guider dans leur rôle parental durant cette épreuve. En analysant les comportements de retrait des prématurés, les soignants deviennent des médiateurs entre le nouveau-né et les parents. Cette observation permet d'adapter nos attitudes afin de préserver la continuité du développement du bébé. Pour privilégier la découverte de leur enfant, les parents vont pouvoir utiliser ces soins pour soutenir la construction du lien. Le « peau à peau » est une pratique bénéfique puisqu'il permet à la fois une régulation physique du nouveau-né et un apaisement mutuel. Ce moment de partage renforce le lien précoce et favorise la proximité physique et émotionnelle.

Les bienfaits des soins de développement chez les enfants prématurés ont été prouvés tant pour un meilleur développement que pour l'établissement du lien précoce avec leurs parents. Cependant, dans les autres services de la maternité, comme les suites de couches, ces soins sont méconnus et rarement utilisés, alors qu'ils pourraient être bénéfiques pour les enfants nés à terme. Une meilleure connaissance des soins de développement et une réorganisation simple du service permettraient aux parents et aux nouveau-nés d'en bénéficier.

Les études de D. BÜRGIN & K. VON KLITZING ont démontré l'importance de l'investissement de la grossesse pour la construction du lien après la naissance. Dans le cadre du déni de grossesse, les mamans n'ont pas pu mener à bien leur grossesse, avec une naissance brutale sur le plan psychologique. Grâce aux apports des soins de développement, nous pourrions nous interroger : comment, dans un contexte de déni de grossesse, la maman pourrait conscientiser la naissance et construire un lien précoce avec son bébé ?

7 Références bibliographiques

1. Winnicott DW, Kalmanovitch J, Sauguet H. De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris: Payot; 1989. 464 p.
2. Corboz-Warnery A, Fivaz-Depeursinge É. Du couple à la famille : l'alliance parentale prénatale annonce-t-elle le devenir de la famille ? Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux. 2001;27(2):17.
3. Organisation Mondiale de la Santé [Internet]. 2023 [cité 20 janv 2025]. Naissances prématurées. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
4. Da Silva Raiol MR, Viaux Savelon S. EM-Consulte. 2023 [cité 11 nov 2024]. Les apports d'André Bullinger à la prise en charge de la prématurité en néonatalogie. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1597008/article/les-apports-d-andre-bullinger-a-la-prise-en-charge>
5. Charpak N, Ruiz JG, Zupan J, Cattaneo A, Figueroa Z, Tessier R, et al. Kangaroo Mother Care: 25 years after. Acta Paediatr. mai 2005;94(5):514-22.
6. SOS Préma [Internet]. [cité 1 déc 2024]. Le bébé prématuré. Disponible sur: <https://www.sosprema.com/la-prematurite/le-nouveau-ne-premature/>
7. Lattari Balest A. Manuels MSD pour le grand public. 2024 [cité 3 déc 2024]. Nouveau-nés prématurés. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/problèmes-de-santé-infantiles/troubles-généraux-chez-le-nouveau-né/nouveau-nés-prématurés>
8. White RD, Smith JA, Shepley MM, Committee to Establish Recommended Standards for Newborn ICU Design. Recommended standards for newborn ICU design, eighth edition. J Perinatol. avr 2013;33 Suppl 1:S2-16.
9. Ratynski N, Minguy S, Kerleroux B. Les soins de développement au nouveau-né prématuré. 2017; Disponible sur: [tps://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1259479217301451](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1259479217301451)
10. Dumont V, Allam MDE, Guillois B, Zabalia M, Roche-Labarbe N. La perception tactile et ses implications dans la prise en charge néonatale. Revue de Médecine Périnatale. 2018;10(4):184-90.
11. Labbé J. La théorie de l'attachement. 2010;10.
12. Miljkovitch R, Gratier M, Danet M. Les interactions précoces : dialectique de l'attachement et de l'exploration. 2012;
13. Jacobs SE, Sokol J, Ohlsson A. The newborn individualized developmental care and assessment program is not supported by meta-analyses of the data. The Journal of Pediatrics. 1 juin 2002;140(6):699-706.
14. Lescure S. Soutenir le développement du nouveau-né prématuré : l'exemple du programme nidcap®, une nouvelle philosophie de soins centrée sur l'enfant et sa famille. Empan. 18 oct 2018;111(3):55-61.
15. Centre de formation NIDCAP - Centre hospitalier universitaire (CHU) de Toulouse [Internet]. 2017 [cité 16 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.chu-toulouse.fr/-centre-de-formation-nidcap->

16. Lecomte J. René Spitz. Le syndrome de l'hospitalisme: Les Grands Dossiers des Sciences Humaines. 1 mars 2019;N° 54(3):16-16.
17. Chabrol H. Les mécanismes de défense. Recherche en soins infirmiers. 2005;82(3):31-42.
18. Debroise ACB, Costa C da, Simonds C, Tereno S. Attachement, bonding et impact de l'intervention des comédiens musiciens, dans un service de maternité. Devenir. 14 déc 2020;32(4):305-21.
19. Golse B. L'être-bébé. puf. 2006. 352 p.
20. Freud A. Problems of Infantile Neurosis. The Psychoanalytic Study of the Child. 1 janv 1954;9(1):16-71.
21. Lamour M. La paternalité et ses troubles. La paternalité et ses troubles. 2013;34.
22. Bouche-Florin A, Bertrand S, Windisch M. Peut-on parler de « préoccupation paternelle primaire » en période périnatale ? Comment la définir ? Pratiques Psychologiques. mars 2017;23(1):21-39.
23. Montealegre-Pomar A, Bohorquez A, Charpak N. Systematic review and meta-analysis suggest that Kangaroo position protects against apnoea of prematurity. Acta Paediatr. janv 2020;109(7):1310-6.
24. Winnicott DW. L'Enfant et le monde extérieur | Payot. Payot. 1989. 192 p.
25. Nyqvist KH, Sjöden PO, Ewald U. The development of preterm infants' breastfeeding behavior. Early Hum Dev. juill 1999;55(3):247-64.
26. Oras P, Thernström Blomqvist Y, Hedberg Nyqvist K, Gradin M, Rubertsson C, Hellström-Westas L, et al. Skin-to-skin contact is associated with earlier breastfeeding attainment in preterm infants. Acta Paediatrica. 2016;105(7):783-9.
27. De Clifford-Faugère G, Laporte G, Saives A, Feeley N, Colson S, Aita M. Factors influencing nurses' practice of skin-to-skin contact as a pain management intervention for preterm infants. Journal of Neonatal Nursing. 1 déc 2024;30(6):776-80.
28. Winnicott DW. Le Bébé et sa mère | Payot. 1992. 160 p.
29. Giordano V, Deindl P, Gal E, Unterasinger L, Fuiko R, Steinbauer P, et al. Pain and neurodevelopmental outcomes of infants born very preterm. Developmental Medicine & Child Neurology. 2023;65(8):1043-52.
30. Casper C, Lescure S, Prout C, Pierrat V, Glorieux I, Kuhn P. La prise en charge neurosensorielle des nouveau-nés prématurés en néonatalogie : où en sommes-nous aujourd'hui ? Contraste. 14 avr 2015;41(1):107-21.
31. Greisen G, Mirante N, Haumont D, Pierrat V, Pallás-Alonso CR, Warren I, et al. Parents, siblings and grandparents in the Neonatal Intensive Care Unit. A survey of policies in eight European countries. Acta Paediatr. nov 2009;98(11):1744-50.
32. Detollenaere J, Benahmed N, Costa E, Christiaens W, Devos C. Les soins de développement centrés sur l'enfant prématuré et sa famille en néonatalogie. 2022.

33. Koliouli F, Raynaud JP, Zaouche Gaudron C. Être père d'un nouveau-né prématuré. Synthèse des résultats d'une étude en service hospitalier de néonatalogie. *Revue des politiques sociales et familiales*. 2016;122(1):133-9.
34. Pilliot M. Le regard du naissant. *Spirale - La grande aventure de bébé*. 1 avr 2006;37(1):79-96.
35. Sparrow JS. Le développement du bébé imaginaire : Processus de maturation et influences modernes. In: *Le bébé d'hier, d'aujourd'hui, de demain et de toujours*. érès; 1997. p. 67-78.
36. Sizun J, Ratynski N, Jay N, Gremmo-Féger G. Allaitement maternel et prématurité : intérêts des soins de développement centrés sur l'enfant et sa famille. *Spirale - La grande aventure de bébé*. 2003;27(3):15-22.
37. Yasova Barbeau D, Weiss MD. Sleep Disturbances in Newborns. *Children (Basel)*. 20 oct 2017;4(10):90.

Annexes

Annexe 1 : Fiche informative aux parents



Bonjour,

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude de sage-femme, je souhaite m'entretenir avec vous, parents d'enfant prématuré, afin de discuter de la relation que vous avez avec votre enfant.

En gardant toute anonymat, accepteriez vous de vous entretenir avec moi ?

Les entretiens seront enregistrés, retranscrit et détruit après validation du mémoire.

Si vous avez des questions, vous pouvez me contacter : flavie.prompt@etu.univ-lyon1.fr

PROMPT Flavie (étudiante sage-femme à Bourg en Bresse)

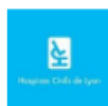


Annexe 2 : Grille d'entretien

Bonjour, je suis Flavie je suis étudiante en dernière année de sage-femme. Je voulais savoir si dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, je pouvais vous poser quelques questions sur vous et votre bébé.

Je voulais vous demander si vous êtes toujours d'accord pour qu'on fasse cet entretien et si je pouvais enregistrer notre échange tout en gardant l'anonymat.

- 1) *Sans aborder le versant médical et sa surveillance, comment s'est passé votre grossesse ?*
 - a. *Lui parler ; toucher le ventre ; faire écouter de la musique ; papa lui parle, le touche*
- 2) *Comment avez-vous vécu l'annonce de la naissance prématurée ?*
 - a. *Modification de l'interaction à la suite de l'annonce*
 - b. *Qu'avez-vous ressenti ?*
- 3) *Comment s'est passé l'accouchement*
 - a. *Spontanée / déclenché*
 - b. *Voie basse / césarienne*
- 4) *Pouvez-vous décrire votre relation ainsi que le lien avec votre enfant depuis sa naissance ?*
 - a. *Les moments positifs et difficiles*
 - b. *Lien ou non qui s'établie*
 - c. *Depuis quand a-t-il apparue*
- 5) *Vous a-t-on guidé pour les soins avec votre enfant ?*
- 6) *Quels types de soins de développement avez-vous réalisé avec votre enfant ?*
 - a. *Pouvez-vous me dire comment vous vous êtes sentis pendant les interactions*
 - b. *Comment ce sont-ils déroulés*



PROTOCOLE DE RECHERCHE Résultat de l'enquête exploratoire



Diplôme d'Etat de Sage-Femme
Faculté de médecine et de maïeutique Charles Mérieux
Site Bourg en Bresse

Auteur : PROMPT Flavie	Date de ce synopsis : Mai 2024
Directeur de recherche (nom, qualification) : Mme L'Haridon (psychologue) <input type="checkbox"/> envisagé <input checked="" type="checkbox"/> confirmé	
Titre provisoire : L'établissement du lien précoce entre les parents et leur enfant prématuré.	
Constat / Justification / Contexte / Problématique : <p>La grossesse est faite pour durer 9 mois. Au cours de celle-ci, les parents peuvent se préparer à l'arrivée de leur enfant en commençant à établir un lien précoce. Ce lien précoce « signe la qualité de l'investissement de l'enfant » (1). Cela peut passer par des échanges entre les parents et leur enfant notamment par des paroles, des musiques, des gestes tendres.</p> <p>Dans le cadre d'une prématurité, la grossesse se voit terminée ainsi que tout ce qui est lié. En fonction du stade de la prématurité, les liens précoces auront été plus ou moins établis et pourront avoir un impact sur l'établissement du lien au moment de la naissance.</p> <p>Le service de néonatalogie est un service qui peut être stressant du fait que son enfant soit hospitalisé. Lors d'un stage, j'ai constaté que les parents peuvent rester afin d'accompagner leur bébé pour leurs soins ainsi que de s'en occuper et être présent. Cette présence va être favorable pour le développement du bébé et de son lien avec ses parents.</p> <p>Problématique : Comment les soins de développement influencent-ils l'établissement du lien précoce entre les parents et leur enfant prématuré ?</p>	
Cadre conceptuel, données de la littérature : <input type="checkbox"/> Médical <input type="checkbox"/> Sociologique <input checked="" type="checkbox"/> Autre : Psychologie	
<p>A travers mes lectures, j'ai pu voir que la présence des parents est essentielle pour les soins et le développement de l'enfant, « les effets bénéfiques sur le développement du bébé en sont démontrés » (2).</p> <p>L'hospitalisation de leur enfant dans le cadre d'une prématurité reste une phase stressante et chargée d'émotion pour les parents et il est difficile de les protéger face à cette période et au vécu difficile.</p> <p>D.W. WINNICOTT a apporté des concepts clés sur le rôle maternel. Il a notamment développé l'idée de « la mère suffisamment bonne », soulignant l'importance d'une réponse adaptée et progressive aux besoins du nourrisson. Il a également étudié l'importance du « holding » pour assurer un sentiment de sécurité et permettre la construction du lien précoce entre les parents et le nouveau-né.</p>	
Objectif(s) de recherche : - <i>Principal</i> : Identifier comment s'établit le lien précoce parents/enfant dans le cas d'une prématurité	
Méthodologie / Schéma de la recherche : <input checked="" type="checkbox"/> Qualitatif <input type="checkbox"/> Quantitatif :	
Trame d'entretien si recherche qualitative : « parlez-moi de la rencontre avec votre bébé » « comment arrivez-vous à partager des moments avec votre enfant ? »	
Hypothèse (nulle ou alternative si recherche quantitative) :	
Critères de jugement si recherche quantitative :	
Population cible et modalités de recrutement : Parents de prématurés	

Critères d'inclusion : <ul style="list-style-type: none"> - Prématuré entre 23 et 35 semaines d'aménorrhée - Grossesse simple ou multiple 	
Critères de non-inclusion : <ul style="list-style-type: none"> - Barrière de la langue 	
Critères de sortie d'étude : Entretien trop lacunaire Parents se rétractent sur l'envie de témoigner	
Nombre de sujets nécessaires : 10-12 jusqu'à saturation des données.	
Durée de l'étude et calendrier prévisionnel : Etude de 4-5 mois : juin à septembre/octobre	
Lieu de la recherche : <input type="checkbox"/> Monocentrique : <input checked="" type="checkbox"/> Multicentrique : Néonatalogie de l'hôpital nord-ouest à Villefranche-sur-Saône ; Néonatalogie du centre hospitalier de Mâcon ; Néonatalogie du centre hospitalier de Bourg-en-Bresse.	
Justifiez de ce choix : faciliter le recrutement	
Retombées attendues :	
Aspects éthiques et réglementaires : <input type="checkbox"/> RIPH3 (MR-003) <input checked="" type="checkbox"/> Recherche n'impliquant pas la personne humaine (non RIPH) <input checked="" type="checkbox"/> Interne <input type="checkbox"/> Multicentrique (MR-004) <input checked="" type="checkbox"/> Fiche information préalable <input checked="" type="checkbox"/> Renseigner registre de traitement des données <input checked="" type="checkbox"/> Signature engagement confidentialité Autres informations :	Promoteur : <input checked="" type="checkbox"/> CHB <input type="checkbox"/> autre : Autres accords à recueillir : <input checked="" type="checkbox"/> cadre <input type="checkbox"/> chef de service <input type="checkbox"/> DIM
Références bibliographiques : 1. Corboz-Warnery A, Fivaz-Depeursinge É. Du couple à la famille : l'alliance parentale prénatale annonce-t-elle le devenir de la famille ? Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux. 2001;27(2):17. 2. Detollenaere J, Benahmed N, Costa E, Christiaens W, Devos C. Les soins de développement centrés sur l'enfant prématuré et sa famille en néonatalogie. 2022;	
Mots clés : prématurité – lien précoce – soins de développement	

Auteur : PROMPT Flavie	Diplôme d'Etat de Sage-Femme
Titre : L'établissement du lien précoce entre les parents et leur enfant prématuré	
<p>Résumé :</p> <p><u>Introduction :</u> La prématurité peut être un obstacle dans l'établissement du lien précoce des parents avec leur enfant prématurité. L'approche des soins de développement, notamment du « peau à peau » et l'intégration des parents dans les soins de leur nouveau-né permet de favoriser et de faire perdurer le lien.</p> <p><u>Objectif :</u> Comprendre comment s'établit le lien des parents avec leur enfant prématuré à l'aide des soins de développement.</p> <p><u>Méthode :</u> Etude qualitative composée de 11 entretiens semi directifs réalisés auprès de parents d'enfants prématurés entre 23 SA et 35 SA.</p> <p><u>Résultats et discussion :</u> Notre étude a montré l'apport des soins de développement dans la construction du lien précoce. Le rôle de soignant est important pour les parents pour un accompagnement et un soutien dans l'acquisition de la parentalité.</p> <p><u>Conclusion :</u> Les bienfaits des soins de développement chez les enfants prématurés ont été prouvé à la fois pour un meilleur développement et pour l'établissement du lien précoce avec ses parents. Ils vont venir favoriser la découverte mutuelle entre les parents et leur enfant pour soutenir la construction du lien.</p>	
Mots clés : prématurité - lien précoce - soins de développement	

Title : Establishing the early bond between parents and their premature child
<p>Summary :</p> <p><u>Introduction :</u> Prematurity can be an obstacle to parents building an early bond with their premature child. The developmental care approach, in particular "skin-to-skin", and the involvement of parents in their newborn's care, can help foster and maintain this bond.</p> <p><u>Objective :</u> Understand how parents bond with their premature child through developmental care.</p> <p><u>Method :</u> Qualitative study consisting of 11 semi-structured interviews with parents of premature babies borned between 23 and 35 weeks' gestation.</p> <p><u>Results and discussion :</u> Our study has shown the contribution of developmental care in building of the early bond. The role of caregiver is important for parents in providing guidance and support while developing parenthood.</p> <p><u>Conclusion :</u> The benefits of developmental care for premature child have been proven both for a better development and for the establishment of an early bond with their parents. It encourages mutual discovery between parents and child, helping to build the bond.</p>
Keywords : prematurity - early bond - developmental care